

Deprese u pacientů s demencí

MUDr. Vanda Franková

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Depresivní poruchy se vyskytují asi u 40 % pacientů s demencí. Zhoršují kognitivní dysfunkci a úroveň fungování, vedou k behaviorálním poruchám. Snižují kvalitu života nemocných i jejich pečujících a zvyšují riziko institucionalizace. Často zůstávají nediodagnostikované nebo jsou špatně léčeny. Musíme je proto cíleně vyhledávat a včas a správně léčit.

Klíčová slova: demence, deprese, antidepressiva.

Depression in patients with dementia

Depressive disorders occur in about 40% of patients with dementia. They worsen cognitive dysfunction and the level of functioning, leading to behavioral disorders. They reduce the quality of life of patients and their carers and increase the risk of institutionalization. They often remain undiagnosed or are treated wrongly. Thus, targeted screening and timely and correct treatment of these diseases are necessary.

Key words: dementia, depression, antidepressants.

Psychiatr. praxi 2013; 14(3): 127–129

RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK DEPRESIVNÍ PORUCHY U OSOB S DEMENCÍ

- Depresivní porucha v rodinné či osobní anamnéze
- Závažný psychosociální stres (ztráta blízké osoby, institucionalizace atd.)
- Abúzus alkoholu či léků
- Chronické tělesné onemocnění
- Akutně invalidizující stavy (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, fraktury atd.)
- Ztráta soběstačnosti

TĚLESNÁ ONEMOCNĚNÍ SE VZTAHEM K DEPRESIVNÍ PORUŠE

Endokrinní a metabolické poruchy	Hypo-/hypertyreóza, diabetes mellitus, Cushingova nemoc, hyperkalcemie, perniciozní anémie, podvýživa
Cerebro- a kardiovaskulární onemocnění	Stav po CMP, vaskulární encefalopatie, ICHS
Onemocnění plic	Záněty akutní i chronické, CHOPN a další
Organické poruchy mozku	Parkinsonova nemoc, demence různé etiologie, roztroušená skleróza, systémový lupus erytematodes, tumory mozku
Onkologická onemocnění	Karcinom plic, pankreatu, paraneoplastický syndrom
Chronické infekce	Revmatoidní artritida, meningitidy a encefalitidy

LÉKY SE VZTAHEM K DEPRESIVNÍ PORUŠE

Antihypertenziva (beta-blokátory, metyldopa, thiazidy, nifedipin), antipsychotika, benzodiazepiny, kortikoidy a jiná hormonální léčba, opiáty, indometacin, L-dopa, amantadin, sulfonamidy a některá antibiotika, digoxin, H₂ agonisté, některá cytostatika

TYPICKÉ ZNAKY DEPRESIVNÍ PORUCHY U PACIENTŮ S DEMENCÍ

- Mnohdy oligosymptomatická, neúplně vyjádřená, typické je kolísání v průběhu dne
- Chybí prožívání depresivní nálady, někdy „maskování“ úsměvem, negace deprese
- Dominují příznaky snížené schopnosti radovat se z aktivit dříve příjemně prožívaných (kontakt s vnoučaty, koníčky apod.), sociální stažení, pocit „překážení“ či „zbytečnosti“
- Zdůrazňování somatických potíží nebo bolesti bez zřejmého somatického korelátu
- Časté behaviorální příznaky: podrážděnost, stavy agitovanosti, impulzivní stavy agresivity (zejména u mužů)
- Může být snížena chuť k jídlu s úbytkem hmotnosti a poruchy spánku s časným probouzením

CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA (CSDD)

Diagnostickou škálou deprese u pacientů s demencí je CSDD, která je založena na objektivním hodnocení psychických, behaviorálních a tělesných známek depresivní poruchy seniorů s demencí. Běžně užívaná škála pro hodnocení depresivní symptomatiky u seniorů Škála geriatrické deprese (GDS) ztrácí při významnějším kognitivním deficitu svoji validitu.

Nálada	Úzkost, smutek, absence reaktivity na příjemné události, popudlivost
Chování	Neklid, zpomalení, četné somatické stesky, ztráta zájmu
Fyzické příznaky	Ztráta chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, ztráta energie
Cyklické funkce	Výkyvy nálady během dne, poruchy spánku – špatné usínání, noční nebo časné ranní probouzení
Ideace	Sebevražedné myšlenky, nízká sebeúcta, pesimismus, bludy kongruentní s náladou

Hodnotí se období posledního týdne na základě hovoru s pečujícím a pacientem; hodnocení 0 – nepřítomno, 1 – mírný/občasný, 2 – závažný; Skór 7 a více svědčí pro významnou depresi

ZÁKLADNÍ POSTUP PŘI VYŠETŘENÍ DEPRESIVNÍHO PACIENTA S DEMENCÍ

Anamnéza	Začátek příznaků, stálost či kolísavost nálady, souvislost se zevními faktory, léková anamnéza, tělesná onemocnění, bolesti, abúzus, další rizikové faktory vč. psychosociálních; objektivní informace!
Psychiatrické vyšetření	Ztráta schopnosti radovat se z událostí, které dříve přinášely potěšení, sociální stažení, snížená chuť k jídlu, poruchy spánku; kognitivní deficit
Škály	MMSE, MoCA test nebo ACE-R a GDS nebo CSDD dle tíže kognitivního postižení
Tělesné vyšetření	Orientační interní a neurologické vyšetření
Komplementární vyšetření	Základní laboratorní skrínink včetně TSH a fT4, RTG plic, EKG, ev. zobrazovací vyšetření mozku, d-dimer, B12 a další dle zjištěných nálezů

PRAVIDLA LÉČBY DEPRESIVNÍ PORUCHY U PACIENTŮ S DEMENCÍ

Psychosociální intervence	Zajištění vhodného a bezpečného prostředí, dostatek světla, tělesné aktivity, nabídka příjemných aktivit dle preferencí a možností, vhodný přístup (laskavost, trpělivost), přítomnost blízkého člověka, plánování péče na základě anamnestických dat, předchozích aktivit a zájmů, vyhýbání se nadměrně zatěžujícím situacím, řešení konkrétních problémů, pomoc při řešení stresujících úkolů; práce s pečujícím!
Farmakoterapie	U závažnějších stavů, stavů spojených s nezvládnutelnými behaviorálními příznaky; psychofarmakum vybíráme na základě efektu léku v případě předchozích depresivních epizod, podle somatického stavu, užívaných léků, klinického obrazu deprese. Začínáme nízkou dávkou, pečlivě monitorujeme efekt a případné nežádoucí účinky. Léčba je dlouhodobá, často letitá.

OBVYKLÉ DÁVKOVÁNÍ VYBRANÝCH ANTIDEPRESIV U SENIORŮ S DEMENCÍ

Antidepressivum	Počáteční dávka (mg/den)	Běžná dávka (mg/den)	Poznámky
Escitalopram	5	10	1. volba
Sertralin	25	50–100	1. volba
Citalopram	10	20	1. volba
Moclobemid	150	450	Aktivující
Venlafaxin	37,5–75	75–150	Analgetický účinek, v dávce 150 mg/den a výše aktivující
Mirtazapin	7,5	15–45	Zvyšuje chuť k jídlu, v nízkých dávkách hypnotický efekt
Bupropion SR	75	150–300	Aktivující

Escitalopram, sertralin a citalopram jsou SSRI s nejnižším potenciálem lékových interakcí a nežádoucích účinků. Podle některých studií mají pozitivní efekt na kognitivní funkce a působí synergicky s inhibitory cholinesteráz.

V léčbě psychotických depresí se podává kombinace antidepressiv s antipsychotiky 2. generace, případně melperonem. U závažných farmakorezistentních psychotických depresí s negativismem, katatonními příznaky, odmítáním jídla apod. je indikovaná elektrokonvulzivní léčba.

U apatických depresí pacientů s Alzheimerovou nemocí mohou pomoci inhibitory cholinesteráz.

POTENCIÁLNÍ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY A RIZIKA SPOJENÁ S UŽÍVÁNÍM SSRI

- Nevolnost, zvracení, průjem, nechutenství, hubnutí
- Bolest hlavy, sedace, sexuální dysfunkce, agitovanost, nespavost, třes, hyperhidróza
- Hyponatremie (zejména u žen užívajících diuretika)
- Krvácení především z horní části gastrointestinálního traktu (při kombinaci s rizikovými léky: nesteroidní antiflogistika, kyselina acetylosalicylová)
- Serotoninový syndrom (při kombinaci s dalšími serotonergními léky)

Literatura

1. Franková V. Depresivní poruchy ve stáří. *Postgraduální Medicína*. 2010; 12(6): 634–642.
2. Franková V, Hort J, Holmerová I, Jiráček R, Vyhnálek M. *Alzheimerova demence v praxi*. Praha: Mladá fronta; 2011.
3. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol. Psychiatry* 1988; 23(3): 271–284.

Článek doručen redakci: 1. 5. 2013

Článek přijat k publikaci: 6. 5. 2013

MUDr. Vanda Franková

*Psychiatrická nemocnice v Dobřanech
Ústavní ulice 2, 334 41 Dobřany
vanda.frankova@volny.cz*

