

TERAPIE ÚZKOSTI V AKUTNÍ GERONTOPSYCHIATRII, MOŽNOSTI LÉČBY A JEJICH ÚSKALÍ

MUDr. Hana Drástová, MUDr. Richard Krombholz

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

V článku se autoři pokoušejí zmapovat současnou situaci v oblasti léčby úzkosti u akutně hospitalizovaných gerontopsychiatrických pacientů. Jsou uváděny indikační okruhy, vhodnost a případná rizika jednotlivých účinných látek.

Cílem je jednak upozornit na nebezpečí, která s sebou nese nevhodná preskripce zejména benzodiazepinů u seniorů a pokus o nalezení přijatelného kompromisu v terapii úzkosti.

Úvod

V klinické praxi se při léčbě gerontopsychiatrických pacientů ve valné většině neobejdeme bez použití anxiolytik. Léčba úzkosti u starých lidí má svá specifika.

U pacientů vyššího věku je menší výskyt serotoninergní úzkosti, jak se s ní setkáváme v mladších věkových skupinách, zejména u fobických poruch. Četnost fobických poruch klesá se zvyšujícím se věkem. Naopak se zvyšuje podíl převážně gabaerní úzkosti. Gabaerní úzkost provází poruchy typické pro vyšší věk – organické poruchy, afektivní poruchy, demence.

Z uvedeného vyplývá, že se v léčbě úzkosti vyššího věku neobejdeme vzhledem k jejímu původu bez ovlivnění gabaerního přenosu, to znamená v praxi bez použití benzodiazepinů (BZD).

Přijetí tohoto faktu neznamena, že léčba BZD nemá svá rizika a že je pro seniory zcela bezpečná. Otázkou je, zda máme alternativu.

Současný stav můžeme zdokumentovat na souboru našich pacientů z roku 2004. Za dobu tří měsíců bylo na akutní otevřené gerontopsychiatrické oddělení PL přijato 76 nemocných, z toho 71 % z nich byla podána anxiolytika.

Diagnosticky se jednalo nejčastěji o organické duševní poruchy, z nichž dle četnosti byla nejvíce zastoupená organická depresivní porucha, dále funkční afektivní poruchy,

psychózy a poruchy přizpůsobení a osobnosti (graf 1).

Průměrný věk pacientů v souboru byl 76,5 let. Nejmladšímu pacientovi bylo 65 let, nejstaršímu 89 let. Ve věku 80–89 lety byla téměř pětina sledovaných pacientů. Ženy převažovaly nad muži v poměru 4:1.

Nejčastěji podaným anxiolytikem byly benzodiazepiny (BZD) téměř v 76 %, dále hydroxyzin ve 20 % a buspiron ve 4 % (graf 2).

Z BZD byl nejčastěji podáván clonazepam, a to u 30 % všech pacientů v průměrné denní dávce 1,5 mg (v rozmezí 0,5–2 mg), alprazolam byl podán 26 % pacientů v průměrné dávce 1 mg pro die (0,25–2 mg), oxazepam byl podán 20 % pacientů v průměrné denní dávce 10 mg (5–30 mg) – (graf 3).

Hydroxyzin byl podán v průměrné denní dávce 62,5 mg (v rozmezí 25–75 mg) a buspiron v průměrné denní dávce 15 mg.

Tři čtvrtiny pacientů, kterým byla podána anxiolytika, byly léčeny nějakým anxiolytikem již před přijetím do léčebny.

Zcela vysadit anxiolytika se během hospitalizace podařilo u 7,5 % pacientů, významně snižena byla dávka u 28 % pacientů.

Diskuze

Léčba úzkosti u gerontopsychiatrických pacientů má svá úskalí. I přes relativně omezenou paletu účinných látek a jejich rizikovosti se vzhledem k vysokému počtu úzkostných

poruch u seniorů neobejdeme bez medikamentózní podpory.

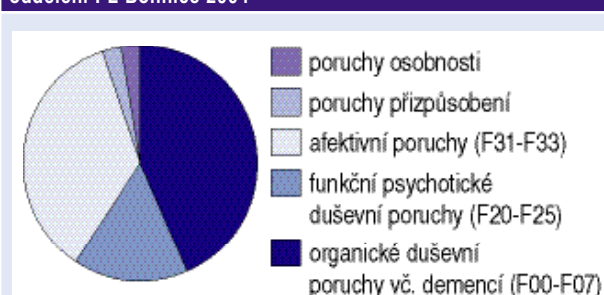
V klinické praxi se ukazuje, že nejčastěji medikamentózně ovlivňujeme úzkost seniorů BZD. Výběr konkrétní účinné látky jistě podléhá místním zvyklostem a osobním zkušenostem psychiatra. Za nejzávažnější rizika podávání BZD seniorům jsou považovány nepříznivý vliv na kognitivní funkce, možnost vzniku tolerance a závislosti, interakce a možnost kumulace. S těmito komplikacemi léčby se nejčastěji setkáváme, pokud je podán nevhodný BZD, případně relativně bezpečný, ale v nevhodné dávce. Obecně by měly být preferovány BZD s kratším vylučovacím poločasem (alprazolam, bromazepam, oxazepam), menším rizikem interakcí a vzniku lékové závislosti. Za zcela nevhodné pro seniory považujeme BZD s dlouhým biologickým poločasem a tedy možností kumulace jako diazepam, a to jak v perorální, tak injekční formě.

Na našem pracovišti nejvíce používáme z BZD clonazepam, alprazolam a oxazepam.

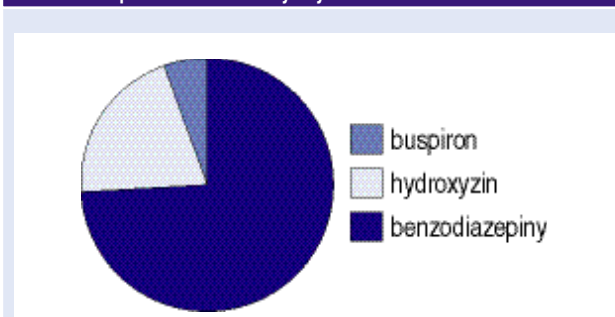
Clonazepam považujeme za výhodný jednak vzhledem k jeho přijatelnému biologickému poločasu, jeho antikonvulzivnímu, sedativnímu a mírně thymostabilizačnímu účinku. Navíc u něj máme k dispozici jak perorální (tablety i kapky), tak injekční formu.

Poměrně vysoké zastoupení alprazolamu si vysvětlujeme tím, že mnoho pacientů je na něm nasazeno dlouhodobě již v ambulan-

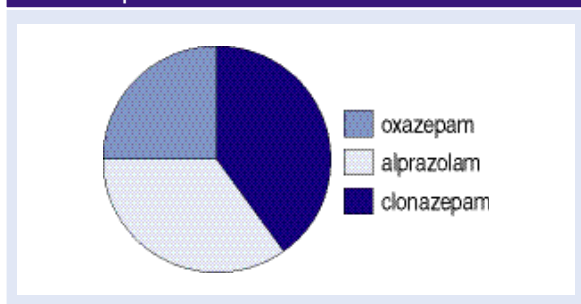
Graf 1. Diagnostika souboru pacientů – gerontopsychiatrické oddělení PL Bohnice 2004



Graf 2. Terapie úzkosti anxiolytiky



Graf 3. Terapie úzkosti BZD



ci a neradi se ho vzdávají. Pravdou je, že s tolerancí a potřebou zvyšování dávek se nesetkáváme tak často, jak někdy bývá uváděno. Za výhodu u alprazolamu považujeme kromě jeho dobrých anxiolytických účinků i jeho částečný antidepresivní potenciál. Dále možnost podávat ho v jedné denní dávce v retardované formě (Xanax SR), kdy nám velmi dobře splní i funkci hypnotika, je-li podán navečer.

Oxazepam považujeme za jeden z nejpříjemnějších BZD pro seniory vzhledem k jeho krátkému biologickému poločasu, nízkému riziku interakcí a velmi dobrému anxiolytickému účinku. Interakce uváděné pro jiné BZD se u oxazepamu neuplatňují, protože v játrech podléhá jiné biotransformaci.

Alternativ benzodiazepinů v léčbě úzkosti nemáme mnoho.

Hydroxyzin stejně jako buspiron jsou zatíženy nevýhodou delšího nástupu účinku. Jejich anxiolytický účinek se v klinické praxi jeví jako slabší než u BZD. Výhodou hydroxyzinu je nízké riziko interakcí. U buspironu je kontraindikace podávání souběžně s IMAO a je-li podáván s thymoleptiky, existuje riziko vzniku serotoninového syndromu.

Další možností je podání malých dávek anxiolyticky působících neuroleptik, nejčastěji potom chlorprothixenu. Snažíme se vystačit s dávkou do 30 mg denně vzhledem k riziku ortostázy a pádů.

U úzkostí provázejících demence často uspějeme více s malou dávkou tiapridu než s klasickým anxiolytikem. Zde se nejčastěji pohybujeme v dávkách do 200 mg denně.

Ovlivnění úzkosti antidepresivy nejčastěji ze skupiny SSRI má své nevýhody. Jednak musíme počítat s pozdějším nástupem účinku, který se u starších pacientů ještě prodlužuje vzhledem ke slábnutí serotoninerního přenosu ve stárnoucím mozku. Dále pak SSRI významněji neovlivní poměrně velkou část úzkostí starých lidí, která má původ v poruše gabaergního přenosu.

Zvláštní postavení mezi antidepresivy s dobrým anxiolytickým účinkem má tianeptin. Platí však u něj nevýhoda delšího nástupu účinku než u BZD

Závěr

Anxieta jako syndrom je jeden z důležitých rizikových faktorů zejména s ohledem na možnost suicidiálního jednání. Proto je její ovlivnění klinicky velmi významné.

BZD se nám i přes jejich nevýhody jeví jako terapeuticky nejúčinnější v léčbě akutní úzkosti u seniorů. Akutně přijatý úzkostný pacient očekává od lékaře rychlou pomoc. Úleva od obtíží v prvních dnech hospitalizace nám vytváří dobrý odrazový můstek pro další spolupráci s pacientem.

Snažíme se používat relativně bezpečné BZD s krátkým biologickým poločasem, nízkým rizikem interakcí a v co nejnižších ještě účinných dávkách.

Alternativní způsoby léčby nejsou zatíženy takovými potenciálními riziky jako léčba BZD, subjektivní profit pro pacienty je však výrazně nižší. Jsou spíše vhodné pro léčbu chronické úzkosti.

Problematika vzniku tolerance a závislosti u našich pacientů je často zbytečně přeceňovaná. Odstranění úzkostných prožitků, i když ne zcela ideální cestou, výrazně zvyšuje kvalitu jejich života. A to by měl být konec konců cíl našeho snažení.

Literatura

1. Baštecký J, Kūmpel Q, Vojtěchovský M, et al. Gerontopsychiatrie, Grada Publishing, 1994.
2. Bouček J, Pidrman V. Psychofarmaka v medicíně, Grada Publishing, 2005.
3. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie, Tigis, 2002.
4. Janicak PG. Handbook of Psychopharmacotherapy, Lippincot-Williams and Wilkins, 1999.
5. Pidrman V. Deprese u seniorů, Maxdorf, 2003.
6. Plevová J, Boleloucký Z. Psychofarmakoterapie vyššího věku, Grada Publishing, 2000.
7. Raboch J, Pavlovský P. Psychiatrie, Triton, 2003.
8. Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch, Academia Medica Pragensis, 2004.
9. Spaar JE, La Rue A. Geriatrická psychiatria, Vydavatelstvo F, Trenčín, 2003.
10. Švestka J, a kol. Psychofarmaka v klinické praxi, Grada Publishing, 1995.
11. Švestka J. SSRI léky první volby, Maxdorf, 1998.
12. Turner T. Deprese a úzkost, Servier, 2001.
13. Vlnař O. Psychofarmaka, Triton, 1999.