

DEMENCE PROVÁZENÁ PORUCHAMI CHOVÁNÍ

doc. MUDr. Vladimír Pidrman, Ph.D., prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc.

Psychiatrická klinika LF, Univerzita Palackého, Olomouc

Demence je psychopatologický syndrom, který vzniká následkem primárního nebo sekundárního onemocnění mozku. Jde o onemocnění chronického, vesměs progresivního charakteru. Dochází k narušení kognitivních funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno, někdy však předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. V pokročilejších stádiích se poruchy chování stávají zřetelnějšími a zahrnují stále více času. Navíc se objevují i psychotické symptomy – převážně paranoidního a halucinatorního rázu.

Demence je již dnes závažným lékařským i společenským problémem. Hovoří se o jejím globálním významu, ač se toho času zdá, že se týká především rozvinutých – tedy bohatších – zemí. Avšak s tím, jak narůstá počet obyvatel a prodlužuje se průměrný věk, roste i množství lidí starších šedesáti let. Výrazně tudíž narůstá riziková skupina. Nárůst počtu seniorů je v relativních číslech dokonce vyšší, než je tomu u nárůstu populace jako celku. Zatímco počet obyvatel Země vzrostl za 20 let (mezi rokem 1980 a 2000) o 38 %, za stejnou dobu populace starší šedesáti let vzrostla o 57 %.

Závažnost demencí spočívá nejen ve vlastní chorobné symptomatologii a devastaci nemocného, ale nesmíme zapomínat na její komplexní dopad. Z tohoto hlediska jde totiž o postižení nejen pacienta, ale i jeho bezprostředního okolí – příbuzných, pečovateli. Demence je rovněž významnou zátěží pro společnost a sociální služby.

Jak jsme již uvedli, pokud se vyskytnou poruchy chování a psychotické příznaky, jde vždy o velmi nepříjemnou a závažnou průvodní komplikaci demence. Vzhledem k laickému chápání pojmu demence, kdy poruchy paměti jsou mylně pokládány za projevy „normálního“ stáří, jsou často teprve zřetelné změny chování či paranoidní příznaky oním příznakem, který vede k psychiatrickému zásahu. Přitom rozvoj poruch chování ve většině případů znamená již pokročilejší stádium demence, které je předcházeno již probíhajícími změnami kognitivními. To samozřejmě zhoršuje perspektivu a prognózu nemocného.

Předkládáme dvě rozdílné kazuistiky. První ukazuje některé časté (a přitom chybné) kroky ve zvládání akutních poruch chování. Jde o případ, který vedl k významnému iatrogennímu podílu na rozvoji poruch chování i psychotických symptomů. Druhá demonstruje fakt, který je prokazován až v poslední době. Jde o zjištění, že kognitiva se podílejí nejen na korekci kognitivních poruch, ale že mohou vést k úpravě a udržení údravy poruch chování a psychotických příznaků s nimi spojených.

U obou našich nemocných byly poruchy chování provázeny psychotickými příznaky. Oba

případy jsou charakterizovány počínající demencí. První kazuistika ukazuje akutně vzniklé poruchy, které se rozvinuly po chirurgickém výkonu v celkové anestézii. Vidíme zde zcela nesprávné kroky při pokusech o léčbu, až po mnohadeenním prodloužení dochází k nastavení správné terapie. Druhá kazuistika popisuje téměř typický případ, kdy nikoliv kognitivní poruchy, ale až progredující poruchy chování s psychotickými příznaky vedly příbuzné k žádosti o psychiatrickou intervenci. Zde naopak vidíme správný postup, kdy se osvědčil dobrý terapeutický a stabilizující efekt kognitiva na léčbu poruch chování. Zajímavé je, že i když dochází k mírnému poklesu kognitivních funkcí, poruchy behaviorální jsou nadále velmi dobře korigovány.

Obě kazuistiky tak ukazují současné moderní možnosti akutní i dlouhodobé léčby poruch chování u demenčních nemocných. Ve druhém případě je demonstrováno, že v kognitivních (na nás i světový trh přicházely v posledních sedmi letech v pořadí: donepezil, rivastigmin, galantamin) mají dnes lékaři k dispozici poprvé v historii účinná psychofarmaka, která jsou schopna kvalitativně měnit obraz demence. Stejně jako je tomu i v řadě dalších veskrze nechirurgických oborech medicíny, nezastaví sice progresi onemocnění definitivně, ale darují nemocnému i jeho nejbližším další měsíce smysluplného kvalitního života.

Kazuistika 1

Žena, 72 let, původním povoláním učitelka, psychiatricky nikdy neléčena, nekuřačka, vážněji dosud nestonala, v počátku menopauzy užívala asi 4 roky hormonální substituci. Výška 162 cm, váha 48 kg.

Psychiatricky: nebyla dosud vyšetřena, dle dcery asi rok drobně zapomíná a poněkud se začíná zanedbávat ve smyslu hygieny, redukuje své zájmy (hlavně klasická literatura).

Problém: byla přijata k plánované gynekologické operaci (nešlo o malignitu).

Průběh: první dva dny v nemocnici byly bez problémů, třetí den provedena operace v celkové anestézii. Hned první večer po tomto výkonu se objevily poruchy chování: bloudění po pokoji, nespavost, k ránu pak hostilita vůči personálu.

K ránu usíná, během druhého dne se objevuje paranoidita vůči spolupacientkám či vůči zdravotním sestřám.

Terapie: podán perorálně haloperidol (1,5 mg při ranní vizitě, 1,5 mg večer, další dny pak 1,5 mg 3x denně).

Další průběh: podle zápisů bloudění postupně ustupuje, výčitky a podezřívavost vůči okolí mizí, později popsána horší spolupráce při rehabilitaci a hygieně. Po 7 dnech této terapie přestala jíst, většinu času tráví na lůžku, pomočuje se, odmítá se hýbat, je dehydratovaná.

Další terapeutický krok: pro možnost náhlé cévní příhody mozkové voláno neurologické konzilium. Konziliární lékař správně konstatuje extrapyramidovou ztuhlost a doporučuje vysazení neuroleptika.

Další průběh: po dvou dnech podle zápisů opět „nezkontrolovatelná a agresivní“, podáno 30 mg diazepam pro die. Následující den pasivní, inhibovaná, v noci bloudí, nejí, odmítá pít.

Další terapie: voláno poprvé psychiatrické konzilium, to konstatuje deliriózní syndrom u počínající demence, který nastoupil po anestézii, následně polékové extrapyramidové komplikace. Doporučen tiaprid na noc 200mg- 400mg denně a piracetam 3600mg pro die, plus tělesná rehabilitace.

Stav po dvou týdnech: paní je podáván tiaprid 300mg večer a piracetam 3600mg v ranní a polední dávce. V noci spí, přes den je schopná pohybu, sama jí a pije, je kontinentní. Příbuzní uvádějí, že stav se již začíná blížit situaci před operací, vnímají tělesnou zchátralost, po stránce psychické – hodnocení paměti – jen mírné zhoršení oproti době před operací, zatím trvá mírná podezřívavost, nikoliv však vůči rodině, je centrována na některé spolupacientky, je však bez silnějšího emočního doprovodu.

Poučení: bezprostředně po operaci v anestézii u pacientky vyššího věku nebylo pamatováno na regeneraci CNS. Při poruchách chování bylo nevhodně podáno incizivní neuroleptikum – haloperidol, a to ve vysokých dávkách, a po dlouhou dobu s ohledem na věk a tělesnou konstituci nemocné (hmotnost 48kg). Rovněž naprosto nevhodně byl podán benzodiazepin a zcela byla zanedbána rehabilitace. A nakonec až 11. den po

operaci a 10. den po objevení se poruch chování byla podána správná léčba.

Kazuistika 2

Žena, dnes 75 let, diagnóza demence zvažována v 72 letech, potvrzena psychiatrem o rok později (Alzheimerova demence).

Anamnéza: středoškolačka, celý život pracující v kanceláři, matka dvou synů, vdova, žijící sama s návštěvami synů v intervalu 2–3 dnů. Pacientka je bez závažné tělesné či psychiatrické anamnézy do stanovení diagnózy demence.

Nynější onemocnění: pacientka přichází do ordinace doprovázena starším synem, který se o ni stará nejvíce. Ten žádá vyšetření proto, že matka jednak zapomíná, ale také si všiml, že si stěžuje na „řadu nesmyslů“, jako že jí sousedi otravují plynem, že ji vykrádají. Proto někdy stojí ve dveřích, křičí na ně a vyhrožuje jim. Zamyká se a odmítá vycházet ven. Také daleko méně jí. Syn žádá pomoc, kterou si představuje tak, že paní bude hospitalizována, pokud možno dlouhodobě. Tuto žádost sice neformuluje zřetelně, ale podtext je naprosto evidentní. Synovi je vysvětlena problematika demence, i současné možnosti a perspektivy. Paní je přijata na oddělení ke krátkodobému pobytu s tím, že provedeme vyšetření a nastavíme terapii.

Z provedených vyšetření během hospitalizace: Mini Mental-State Examination (MMSE) 18, provedena počítačová tomografie (CT), která byla bez ložiskových změn, EKG, krevní obraz včetně minerálů v normě, neurologicky bez ložiskových změn. V psychopatologickém obraze, kromě výrazných poruch především recentní paměti, je přítomen noční neklid a paranoidně halucinatorní stavy s následnými poruchami chování.

Průběh a terapie: na prvních 14 dní byl předepsán tiaprid 200 mg na noc a zároveň galantamin 8 mg. První tři až čtyři dny se objevila mírná nauzea, snad i bolest hlavy, od pátého dne již bez těchto obtíží. 18. den byla pacientka propuštěna, když poruchy chování byly daleko méně intenzivní. Na kontrole po týdnu syn udává, že je matka o něco klidnější, ale „ty nesmysly má pořád, ale již na sousedy neútočí na chodbě“. Domlouváme se na pokračování podávání tiapridu ve stejné dávce. Od konce čtvrtého týdne zvýšena dávka kognitiva na 16 mg denně. Při kontrole za další tři týdny uvádí syn opět mírné zlepšení – matka je čilejší, více se zajímá o rodinu, na sousedy si stále stěžuje, ale „nebojuje s nimi“. Po zvýšení galantaminu na dvojnásobnou dávku bylo opět nechutenství a nauzea trvající šest až sedm dnů. Při této kontrole (po 6 týdnech užívání) vysazujeme tiaprid. Další kontroly probíhají přibližně v třítydenních intervalech. Stav po čtyřech měsících léčby: paní užívá 16 mg galantaminu denně. MMSE zůstává 18, syn popisuje prakticky úplné vymizení paranoidně halucinatorní symptomatologie. Uvádí, že matka již nemá strach ze sousedů, nemá pocit, že by ji někdo okrádal, nebo

že by cítila nějaké podivné pachy. Je schopná se o sebe postarat lépe než před zahájením léčby. Zapomínání je dle syna na stejné úrovni, rodinné příslušníky ale pozná vždy.

Na této terapii zůstává pacientka nadále, nyní 18. měsíc, od 12. měsíce podáváno 24 mg galantaminu. Za dobu léčby došlo ke snížení v MMSE pouze o 2 body – na 16. Od první ataky před podáním kognitiva se dále neobjevily žádné poruchy chování ani psychotické příznaky a i nyní, při poklesu v MMSE, zvládá péči o sebe, udržuje sociální kontakty se svými nejbližšími, kteří ji navštěvují prakticky denně.

Poučení: rozvoj behaviorálních poruch a poruch psychotických byl důvodem návštěvy

psychiatra, nikoliv přítomnost poruch kognitivních. Podání malé dávky antipsychotika po dobu 6 týdnů spolu s postupně titrovaným kognitivem vedlo k velmi brzké korekci poruch chování a psychotických příznaků, po vysazení antipsychotika je schopné kognitivum nejen udržet tento trend, ale ještě dále zlepšit. Během 18 měsíců došlo k poklesu MMSE o 2 body, což je pokles, který je nižší, než je předpokládán u neléčené demence. Po celé toto období byly již bez podání antipsychotika korigovány psychotické příznaky, což dokumentuje schopnost kognitiv působit i tímto směrem. Díky léčbě byla oddálena institucionalizace nemocné, což bylo původním přáním příbuzných.

Literatura

1. Gauthier S. Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease. Martin Dunitz, London, 2001: 386 s.
2. Giacobini E. Cholinesterases and cholinesterase inhibitors. Martin Dunitz, London, 2000: 270 s.
3. Jacobson SA, Preis RW, Greenblatt DJ. Handbook of geriatric psychopharmacology. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, 2002: 445 s.
4. Muller WE, Forstl H. Pharmacological and nonpharmacological approaches to the treatment of dementia. In: Henn, Sartorius, Helmchen, Lauter: Contemporary psychiatry, New York, 2001; 2: 35–46.
5. Růžicka E, et al. Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Galén, Praha, 2003: 176 s.