

Zaznělo na 20. kongrese Medicíny pro praxi

V Olomouci 21.–22. dubna 2022



**20. kongres
Medicíny
pro praxi**

21.–22. 4. 2022
OLOMOUC

Somaticky nemocný pacient v ambulanci psychiatra – zaostřeno na diabetes

MUDr. Pavel Rutar

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

Na 20. kongrese praktických lékařů Medicína pro praxi, který proběhl 21.–22. dubna 2022 v Olomouci, jsme měli možnost vyslechnout velmi zajímavou přednášku MUDr. Lenky Reguli s názvem Somaticky nemocný pacient v ambulanci psychiatra – zaostřeno na diabetes. Paní doktorka Reguli v přednášce zmínila souvislosti mezi diabetem mellitem a depresí, připomněla význam nutnosti dobré kompenzace deprese u diabetiků a věnovala se i využití trazodonu v léčbě deprese u diabetiků.

Deprese a diabetes mellitus

Deprese i diabetes mellitus jsou závažná chronická onemocnění s významným negativním dopadem na fyzické, psychologické, sociální a pracovní fungování pacienta a na kvalitu jeho života. Nemalý je pak i negativní socioekonomický dopad obou těchto onemocnění. Ač to na první pohled nemusí být zjevné, mezi depresí a diabetem mellitem existují důležité vzájemné souvislosti. Depresi trpí až třetina diabetiků, přičemž každý devátý diabetik má depresi, kterou můžeme hodnotit jako závažnou. Je nutné mít na paměti, že samotné stanovení diagnózy diabetu mellitu může být významným spouštěčem rozvoje deprese. Vztah mezi cukrovkou a depresí je však oboustranný. Riziko rozvoje diabetu mellitu je u pacientů s depresí o plných 65 % vyšší oproti pacientům bez deprese. Současný výskyt diabetu mellitu a deprese u jednoho pacienta pak predikuje horší prognózu obou těchto onemocnění, zejména s ohledem na výskyt komplikací, rezistenci k terapii a mortalitu pacienta. Je již dlouhou dobu známým faktem, že chceme-li u diabetika dosáhnout

uspokojivé kompenzace diabetu, musíme se postarat o jeho psychiku a léčit jeho depresi (pozn. autora). Přítomnost deprese u diabetika je prokazatelně spojena s méně uspokojivou kompenzací diabetu, s vyšším výskytem zejména kardiovaskulárních komplikací a s vyššími finančními náklady na léčbu cukrovky. Tyto nepříznivé důsledky deprese na diabetes jsou zprostředkovány hned několika faktory. Depresivní pacient díky slabší vůli významně méně adheruje k terapii, tedy nedodržuje dostatečné režimová opatření a často rezignuje i na pravidelné užívání farmakoterapie. Depresivní pacienti mají rovněž sklony k vyššímu příjmu cukrů a tuků, což je provázáno progresí viscerální obezity a nárůstem inzulinoresistence, přičemž tato chuť k jídlu může být dokonce potencována některými antidepresivy. Depresivní pacient často rovněž trpí poruchami spánku, které jsou spojeny s narušením biologických cyklů, a tedy i s narušením inzulínové regulace. Nikotinismus, jakožto častý fenomén u pacientů s depresí, pak násobí negativní dopad všech výše uvedených změn zejména z hledu kardiovaskulárního rizika.

A jak tedy depresi rozpoznat?

Ke screeningu deprese využíváme dvě poměrně jednoduché otázky – „Trápila vás v posledním měsíci smutná nebo pokleslá nálada nebo pocit beznaděje, aniž by byla přítomna zjevná příčina?“ „Pociťoval/a jste v posledním měsíci malý zájem či potěšení či ztrátu radosti z činností, které vás vždy naplňovaly?“. V případě alespoň jedné kladné odpovědi je screening pozitivní a my bychom u pacienta měli pátrat po dalších známkách deprese, tedy kromě výše uvedených příznaků po poruchách spánku, špatném usínání či předčasném ranním probouzení, po únavě a pocitu nedostatku energie, po přítomnosti nechutenství či naopak přejídání, po pocitech vlastní nedostatečnosti, viny či selhání, po problémech se soustředěním, po zpomaleném psychomotorickém tempu, či naopak nervozitě a neschopnosti vydržet chvíli v klidu a v neposlední řadě po myšlenkách na sebevraždu či úvahách o tom, že by bylo lepší vůbec nebýt. K diagnostice deprese pak existuje řada skórovacích systémů, které využívají těchto otázek, přičemž odpovědím jsou přidělovány body a dle dosaženého skóre



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Pavel Rutar, pavel.rutar@homolka.cz
Interní oddělení Nemocnice Na Homolce
Roentgenova 2, 150 30 Praha

Cit. zkr: Med. praxi. 2022;19(3):224–226
Článek přijat redakcí: 25. 5. 2022

INZERCE

je pak možno stanovit i tíži případné deprese. Jedním takovým dotazníkem je např. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

Volba antidepresiva

Před zahájením antidepresivní terapie si musíme stanovit, co od léčby antidepresivy vlastně očekáváme. Mezi jednotlivými skupinami antidepresiv totiž existuje řada rozdílů v jejich klinickém efektu a naše volba konkrétní molekuly musí být provedena uváženě a při zohlednění celkového klinického stavu pacienta. Ideální antidepresivum se vyznačuje dobrou účinností s rychlým nástupem klinického účinku, dobrou snášenlivostí terapie s minimem nežádoucích účinků a dobrým efektem na ovlivnění úzkosti a poruch spánku. Protože naši pacienti jsou velmi často polymorbidní, je vhodné, aby antidepresivum nemělo závažné interakce s dalšími léčivými. Často používanými antidepresivy jsou molekuly ze skupiny SSRI – sertralin, citalopram, escitalopram a další. Pro antidepresiva ze skupiny SSRI je typické, že jejich klinický účinek nastupuje za tři až čtyři týdny, a toto období je často nutno přemostit užitím benzodiazepinů. V úvodu terapie pomocí SSRI může dojít k objevení se, či zhoršení dyspeptických obtíží, u některých pacientů lze na počátku léčby pozorovat negativní vliv SSRI na spánek. Poměrně častým a pro řadu pacientů velmi významným nežádoucím účinkem je rozvoj sexuální dysfunkce (u mužů typicky oddálení či nemožnost dosažení orgasmu). Molekuly ze skupiny SSRI mají rovněž drobný antiagregační efekt, což může být nežádoucí u pacientů užívajících antikoagulační či antiagregační terapii. Jedním z ověřených a spolehlivých antidepresiv první volby s výborným anxiolytickým a antidepresivním účinkem je trazodon, molekula s multimodálním působením v centrálním nervovém systému, kde ovlivňuje hned několik typů receptorů. Oproti antidepresivům ze skupiny SSRI nastupuje klinický účinek trazodonu významně rychleji a trazodon navíc nezpůsobuje dyspepsie. Trazodon velmi dobře upravuje poruchy spánku a u řady pacientů lze díky jeho použití vysadit, či snížit užívání benzodiazepinů a hypnotik. Trazodon nezpůsobuje ani sexuální dysfunkci, naopak, díky ovlivnění alfa 1 receptorů má příznivý efekt na kvalitu

erekce. Trazodon lze z indikace deprese užívat samostatně jako farmakum první volby, či lze využít v kombinaci s SSRI například k ovlivnění úzkosti či insomnie. Pokud pacient na terapii SSRI tuto léčbu pro nežádoucí účinky netoleruje, lze pak pacienta na trazodon snadno převést. Antidepresivem s dobrým sedativním, hypnotickým a anxiolytickým účinkem je i mirtazapin, tato molekula je však k využití u diabetiků nevhodná, a to z důvodu svého významného nežádoucího účinku – zvýšení chuti k jídlu a nárůstu hmotnosti pacienta. Trazodon nemá nepříznivý vliv na hmotnost pacienta.

Trazodon a jak s ním pracovat

Při používání trazodonu je nutné mít na paměti, že, díky jeho multimodalitě, se dosažený klinický účinek liší v závislosti na podávané dávce. Dávky trazodonu do 75 mg působí zejména hypnoticky, dávky mezi 75 a 150 mg navozují efekt anxiolytický. Až dávky trazodonu nad 150 mg denně dokáží obsadit všechny typy cílových receptorů (5-HT_{2A} a 5-HT_{2C}, alfa 2 a SERT – serotoninový transportér), a pokud je tedy naším cílem léčba deprese, musíme medikaci vytitrovat ideálně až do plné dávky 300 mg denně pomocí preparátu Trittico prolong. V případě využití Trittica prolong zahajujeme terapii dávkou 150 mg denně a po třech dnech léčbu navyšujeme o 75 mg. Pokud z nějakého důvodu preferujeme pomalejší titraci, zahájíme terapii dávkou 75 mg a každé tři dny ji dle tolerance zvýšíme o 75 mg až do cílové dávky 300 mg denně. V případech, kdy léčbu trazodonem zahajujeme pomocí preparátu Trittico AC, které nejčastěji využíváme u pacientů s dominující insomnií a úzkostí, titrujeme jeho dávku po 50 mg každé tři dny do cílové dávky dle klinického účinku a chtěného cíle. Při převádění pacienta z jiné medikace na léčbu trazodonem ponecháváme původní antidepresivum ve stávající dávce, současně titrujeme Trittico prolong do plné dávky (300 mg denně) a následně postupně vysazujeme původní antidepresivum.

Závěr

Až třetina diabetiků trpí depresí. Vzhledem k vysoké prevalenci diabetu mellitu jde o významnou skupinu pacientů,

kteřím musíme věnovat dostatečnou pozornost. Neodhalená deprese u diabetika vede k horší dlouhodobé kompenzaci jeho diabetu, k vyššímu výskytu komplikací a je spojena s vyššími náklady za léčbu cukrovky a jejich komplikací. Příznaků deprese je hned několik, ke screeningu deprese u pacienta používáme dvě základní otázky – „Trápila vás v posledním měsíci smutná nebo pokleslá nálada nebo pocit beznaděje, aniž by byla přítomna zjevná příčina?“ „Pociťoval/a jste v posledním měsíci malý zájem či potěšení či ztrátu radosti z činností, které vás vždy naplňovaly?“. Pokud pacient/ka odpoví alespoň na jednu otázku kladně, je nutné pátrat po známkách deprese (typické jsou poruchy spánku, únava a pocit nedostatku energie, nechutenství či naopak přejídání, pocity vlastní nedostatečnosti, viny či selhání, problematické soustředění, zpomalené či naopak urychlené psychomotorické tempo, myšlenky na sebevraždu či úvahy, že by bylo lepší vůbec nebýt). Vhodným antidepresivem první volby je trazodon. Trazodon je multimodální antidepresivum s rychlým nástupem účinku a velmi dobrým efektem na kvalitu spánku. Trazodon nevede k navýšení chuti k jídlu a pro diabetiky je tedy z tohoto pohledu bezpečný. Trazodon nezpůsobuje sexuální dysfunkci (naopak zlepšuje kvalitu erekce) či dyspepsii, kterou vídáme u molekul ze skupiny SSRI. Dávky trazodonu do 75 mg denně působí hypnoticky, dávky do 150 mg pak anxiolyticky a antidepresivního účinku dosahujeme pomocí dávek nad 150 mg denně (maximální denní dávka je 300 mg). V začátku terapie trazodonem provádíme titraci dávky – zahajujeme 150 mg léčivého přípravku Trittico Prolong užívaného večer a při dobré toleranci navyšujeme o 75 mg každé tři dny. V případě vyšší denní spavosti doporučíme pacientovi užívat preparát již navečer, a ne pozdě večer, a eventuálně zpomalíme titraci. Upřednostňujeme-li pomalejší způsob titrace již od počátku, zahájíme terapii 75 mg preparátu Trittico Prolong a navyšujeme o 75 mg každé tři dny až do cílové dávky. Obdobný způsob využijeme i při převodu pacienta z jiného antidepresiva na trazodon, přičemž původní antidepresivum postupně vysazujeme až po dosažení plné dávky trazodonu.