

Demence a deprese ve vyšším věku

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., MUDr. Hana Vaňková
Gerontologické centrum, Praha

Med. Pro Praxi 2009; 6(2): 111–114

Demence
Demence je syndrom zahrnující jak kognitivní poruchy, tak poruchy chování a soběstačnosti, schématicky proto hovoříme o „ABC demence“:
A) aktivity denního života (omezení až ztráta soběstačnosti)
B) BPSD – behaviorální a psychiatrická symptomatologie, poruchy chování
C) Cognition – porucha kognitivních funkcí
Nejčastější onemocnění vedoucí k demenci
Neurodegenerativní onemocnění, nejčastější z nich
Alzheimerova choroba
Parkinsonova choroba a demence s Lewyho tělísky
Frontotemporální degenerace
Vaskulární demence
Následky poškození mozku (toxické, traumatické, infekční atd.)
„Pseudodemence“ (klinické obrazy napodobující demenci), nejčastěji
hypotyreózy
deprese
další závažná somatická, metabolická či psychická onemocnění
Alzheimerova choroba
Nejčastější příčina demence. Jedná se o postupnou deterioraci paměti a myšlení, které postupně narušují soběstačnost v aktivitách denního života. Paměť je narušena ve všech složkách a k její poruše patří nedílně i poruchy chování a myšlení.
Typický průběh
nenápadný začátek, pozvolná progresa a zhoršování kognitivních funkcí, nepřítomnost klinických a laboratorních známek jiného onemocnění, které by mohlo způsobovat demenci, nepřítomnost náhlých známek neurologického poškození mozku či mozkového poranění (MKN-10)
forma sporadická – nejčastější, 95 % případů, genetické faktory nejsou rozhodující, onemocnění vyššího věku, prevalence s věkem narůstá
forma familiární – v mladším věku, rozhodující genetické faktory
Diagnostika demence
Testy – alespoň MMSE (Mini Mental State examination), test hodin
Celkové klinické vyšetření, základní laboratorní vyšetření
Zobrazovací vyšetření mozku (alespoň CT)
Podrobnější diagnostika
neuropsychologické vyšetření
MRI
vyšetření mozkomíšního moku (zvýšení fosforylovaného tau proteinu, snížení beta amyloidu)
Léčba Alzheimerovy choroby
symptomatická: inhibitory cholinesteráz – kognitiva (donepezil, rivastigmin, galantamin) a memantin
další farmakologická léčba dle jednotlivých symptomů (depresivita, úzkost, neklid atd.)
Důležitý je nefarmakologický management demence (podpora, validace, adekvátní aktivizační techniky atd.).

Mírná kognitivní porucha
Stav, který ještě nepředstavuje diagnózu demence, vyskytují se však poruchy kognitivních funkcí (zejména paměti), které jsou nápadné člověku samotnému či jeho okolí, a jsou potvrzeny v neuropsychologických testech. Soběstačnost však není při MCI nijak vážněji narušena.
Mírná kognitivní porucha představuje stav vyššího rizika budoucí progrese do demence.
Proto doporučujeme včasnou diagnostiku: je možné se obrátit jak na praktického lékaře, tak na specializované pracoviště.
Dny paměti
Jedná se o projekt České alzheimerovské společnosti. Lidé, kteří pozorují poruchu paměti, mohou absolvovat (zdarma) otestování v některém z kontaktních míst České alzheimerovské společnosti (www.alzheimer.cz).
Deprese ve vyšším věku
Deprese u lidí vyššího věku bývá skrytá, senioři o ní většinou nemluví, odbornou pomoc psychiatra málokdy vyhledají. Spíše prezentují somatické stesky a vyhledávají praktického lékaře a další odborníky. Je tedy třeba, aby právě praktičtí lékaři a specialisté somatických oborů na depresi ve stáří pomysleli. Užitečnými pomocníky pro ně mohou být škály určené k rychlému screeningu deprese. Mezi jinými je ve světě nejoblíbenější osvědčená škála geriatrické deprese dle Yesavage.
Rizikové faktory deprese ve stáří
Osamocenosť, sociální izolace
Ztráta partnera, blízkých, příbuzných
Nízký socioekonomický status
Dlouhodobý pobyt v instituci
Dysabilita a nesoběstačnost
Chronická bolest
Chronická onemocnění
Deprese či tentamen suicidii v anamnéze
Abúzus alkoholu či jiných návykových látek
Somatická onemocnění spojená s vyšším výskytem deprese
Cerebro- a kardiovaskulární onemocnění
■ cévní mozkové příhody (47 %)
■ infarkt myokardu (45 %)
Metabolické poruchy a onemocnění
■ hypotyreóza (50 %)
■ diabetes mellitus (8 až 28 %)
■ poruchy funkce nadledvin, příštítných tělísek
■ malnutrice (z jiných příčin či jako důsledek deprese)
■ hypovitaminóza B ₁₂
Onkologická onemocnění
■ hospitalizace pro malignitu obecně (42 %)
■ různé druhy malignit s sebou nesou různá rizika depresivní poruchy. Nejvyšší prevalence deprese byla zjištěna u karcinomu pankreatu (50 %), nejnižší u akutní leukémie (1,5 %). Riziko deprese je dále významné u karcinomu plic, dutiny ústní (22–40 %), tlustého střeva (26 %), karcinomu prsu (13–26 %), u gynekologických nádorů (23 %), lymfomu (17 %) a karcinomu žaludku (11 %)
Neurodegenerativní a smyslová onemocnění
■ Parkinsonova nemoc (39 %)
■ Alzheimerova nemoc (20–50 %)
■ roztroušená skleróza (27–54 %)
■ makulární degenerace (33 %)

Léky s depresogenním účinkem

- Antihypertenziva: beta-blokátory, methyldopa, thiazidy (po několika týdnech užívání), reserpin, klonidin
- Digoxin
- Kortikoidy i jiná hormonální léčba
- Antiparkinsonika: L-DOPA, amantadin
- Nesteroidní antirevmatika (zejména indometacin)
- Analgetika (kodein)
- H2 agonisté (ve vyšších dávkách, hlavně u starších lidí)
- Teofyliny (při vysoké hladině v séru)
- Psychofarmaka: benzodiazepiny (po vysazení), některá antipsychotika 1. generace, barbituráty (hlavně u starších lidí)
- Mnohá cytostatika a další léky užívané v onkologické léčbě (tamoxifen)

Škála geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS)

GDS je screeningový nástroj s velmi dobrou výpovědní hodnotou, široce užívaný v publikovaných světových studiích. Původní verzi tvořilo 30 otázek, v současné době je však celosvětově nejpoužívanější verze 15otázková (GDS-15), která má stejně dobré psychometrické vlastnosti jako původní delší verze.

Hodnocení skóre GDS-15: 0–5 normální afekt, 6–10 mírná depresivita, 11+ těžká depresivita. Přesnější je však říci, že skóre 6 a více indikuje možnost depresivní poruchy a potřebu podrobného vyšetření, u skóre 11 a více už se spíše než o možnost jedná téměř o jistotu.

Je možné použít také nejkratší variantu, 5 otázek, jejichž zodpovězení trvá minutu, a přesto má srovnatelnou screeningovou účinnost. Zde již dvě depresivní odpovědi hodnotíme jako pozitivní výsledek screeningu.

Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15)

U každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se v posledním týdnu cítil/a:		
1. Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?	ano	ne
2. Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?	ano	ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ano	ne
4. Nudíte se často?	ano	ne
5. Jste většinou v dobré náladě?	ano	ne
6. Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne
7. Cítíte se většinou šťastný/á?	ano	ne
8. Cítíte se často bezmocný/á?	ano	ne
9. Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/a ven a dělal/a něco nového?	ano	ne

Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15)

10. Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí více problémů než ostatní?	ano	ne
11. Máte dojem, že je pěkné žít v této době?	ano	ne
12. Připadáte si zbytečný/á?	ano	ne
13. Cítíte se pln/a energie?	ano	ne
14. Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?	ano	ne
15. Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?	ano	ne

Za každou odpověď označenou tučným písmem počítejte 1 bod.

Celkové skóre bodů

Hodnocení

0–5 normální afekt; 6–10 mírná depresivita; 11+ těžká depresivita

Krátká verze, GDS-5 (Hoyl 1999)

5 otázek vyznačených tučně (otázka č. 1, 4, 8, 9 a 14)

Hodnocení

2+ suspektní deprese, potřebné další vyšetření

Diferenciální diagnóza deprese a demence

	Svědčí pro depresi	Svědčí pro demenci
Anamnéza	■ Deprese u příbuzných I. st. ■ Relativně náhlý zač., trv. < 6 měs ■ Trvající patická nálada	■ Demence u příbuzných I. st. ■ Plíživý začátek, trvání > 6 měsíců ■ Plochá, proměnlivá nálada
Chování	■ Výkon horší ráno ■ Odp. typu „nevím“, nesnaží se ■ Zdůrazňuje poruchy ■ Bludné představy: vina, nemoc	■ Výkon horší večer ■ Odp. typu: „těsně vedle“, snaží se ale chybuje, bagatelizuje poruchy ■ Bludné představy: okrádání, cizí lidé v bytě
Neuro-psychologické testy	■ Zpomalené myšlení ■ Omezená pohotovost ke komunikaci ■ Vizuálně-konstrukční a praktické schopnosti neporušeny	■ Ztížené řešení problémů ■ Ztížené vyjadřování, pojmenovávání, snížená plynulost řeči ■ Porucha vizuálně-konstrukčních schopností ■ Apraxie
Dexamethason supresní test	■ Bez suprese	■ Normální odpověď
Zkušební podání antidepresiva	■ Zlepšení stavu	■ Stav beze změny

Farmakoterapie

Léky první volby v léčbě deprese u seniorů jsou inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Jedná se o skupinu léků, které jsou velmi srovnatelně účinné, avšak velmi významné jsou rozdíly v rámci této skupiny, pokud se týká farmakokinetických parametrů a vedlejších účinků (46). V geriatrii zcela jednoznačně preferujeme escitalopram, citalopram a sertralin, a to vzhledem k jednoduchému dávkování (jedna denní dávka), minimu lékových interakcí a nežádoucích účinků (39). Pokud jsou tyto léky dostatečně dávkovány a dostatečně dlouho užívány, zpravidla s nimi v geriatrické praxi vystačíme.

Starší antidepresiva v léčbě deprese seniorů prakticky nepoužíváme, pokud jsou používána v geriatrické praxi, jedná se spíše o součást léčby chronické bolesti, v paliativní péči a podobně.

Z dalších skupin léků lze používat moclobemid (reverzibilní inhibitor monoaminoxidázy A (RIMA), a to s ohledem na jeho příznivou farmakokinetiku a nepřítomnost vedlejších účinků a venlafaxin zejména u pacientů s úzkostí. U pacientů s agitovanou depresí lze zvážit mirtazapin a využít tak jeho hypnotické a sedativní účinky.

Čeho je třeba se vyvarovat v terapii depresí u starších pacientů: jedná se zejména o benzodiazepiny, které mají mnoho nežádoucích vedlejších efektů a mohou vést k závažným komplikacím. Ve vyšším věku nehrozí jen riziko závislosti, ale pacienty ohrožuje zejména nebezpečí deliria, povolení svalového tonu s následnými pády a v neposlední řadě zhoršení kognitivních funkcí.

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
Gerontologické centrum
Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8
holmerova@gerontocentrum.cz