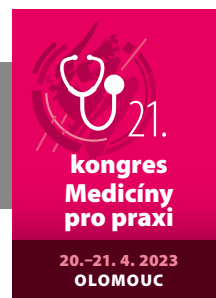


Zaznělo na 21. kongrese Medicíny pro praxi V Olomouci 20.–21. dubna 2023



Deprese u somaticky nemocného; průvodce praktického lékaře

Na 21. kongrese Medicíny pro praxi v Olomouci zazněla zajímavá přednáška MUDr. Jany Hořínkové, Ph.D., z Psychiatrické kliniky FN Brno věnovaná tématu deprese u pacientů se somatickým onemocněním. Ve své přednášce paní doktorka Hořínková shrnula diagnostiku deprese a vhodná antidepresiva, která lze u této skupiny pacientů v primární péči využít. Větší část přednášky pak věnovala využití trazodonu v léčbě deprese.

Depresivní syndrom

Depresivní syndrom je závažné onemocnění s významným socioekonomickým dopadem. Prevalence deprese je kolem 5 %, přičemž častěji trpí depresí ženy. Depresivní syndrom se může v dospělosti rozvinout kdykoliv, nejčastěji je prvně diagnostikován kolem 20. roku života. K největšímu funkčnímu poškození dochází ve věkové kategorii 30 až 60 let, ve které je depresivní syndrom vedoucí příčinou pracovní neschopnosti.

Příznaky deprese a její diagnostika

Mezinárodní klasifikace nemocí, revize 10 (MKN-10) uvádí následující diagnostická kritéria depresivní poruchy: ze 3 hlavních kritérií (patologická depresivní nálada neodklonitelná vnějšími událostmi, neschopnost těšit se z činností, které dříve vyvolávaly radost, a snížená výkonnost či zvýšená únavnost) musí být přítomny minimálně 2. K dalším symptomům patří: snížené sebevědomí, poruchy psychomotorického tempa (obvykle zpomalení), výčitky, narušení soustředění či nerozhodnost, narušení chuti k jídlu (obvykle hypoorexie), narušení spánku (hyposomnie, méně hypersomnie), suicidální úvahy či jed-

nání. K diagnostice alespoň lehké deprese musí být celkově přítomny 4 příznaky z výše uvedených po dobu alespoň 2 týdnů.

Pokud máme u pacienta podezření na depresivní syndrom, je důležitá diferenciální diagnostika k vyloučení jiné etiologie rozvoje těchto symptomů. Například příznaky somatických onemocnění jako jsou hypothyreóza, Cushingův syndrom, anémie, srdeční selhání či CHOPN mohou příznaky depresivní poruchy připomínat. V rámci skupiny psychiatrických poruch je třeba odlišit zejména přítomnost demence, hypoaktivního deliria, úzkostných poruch či intoxikaci sedativně působícími substancemi.

Porucha spánku u pacientů s depresí

Porucha spánku je popisována až u 90 % pacientů s depresí. Nespavost je často reziduálním symptomem, který může vést k relapsu deprese. Poruch spánku rozeznáváme několik typů, porucha usínání je častější u pacientů s úzkostí, pacienti s depresí mohou trpět přerušovaným spánkem, pro depresivní syndrom, resp. pro melancholickou depresi je pak typické brzké ranní probouzení (o 2–3 hodiny dříve, než je zvykem).

Somatická onemocnění a deprese

Depresivní syndrom se často rozvíjí u pacientů trpících somatickým onemocněním, přičemž u některých typů onemocnění nacházíme depresi dokonce i ve více než 50 % případů. Deprese nejčastěji provází autoimunitní a onkologická onemocnění, ve významné míře depresi nacházíme i u pacientů trpících chronickou bolestí, cukrovkou 2. typu či kardiovaskulárními nemocemi. Významným precipitujícím faktorem rozvoje deprese může být prodělání infekce virem SARS-CoV-2. Přítomnost deprese může negativně ovlivňovat léčbu základního onemocnění, zejména díky nižší compliance pacienta k léčbě a s tím spojeným častým přerušováním terapie. Deprese sama o sobě pak významně zasahuje i do fyzického a sociálního fungování pacientů, čímž snižuje kvalitu jejich života a často ovlivňuje i jejich socioekonomický status.

Farmakoterapie v léčbě deprese

Antidepresiva, stejně jako ostatní skupiny léčiv, s sebou kromě kýženého efektu často přinášejí i vedlejší účinky. Zatímco nežádoucí



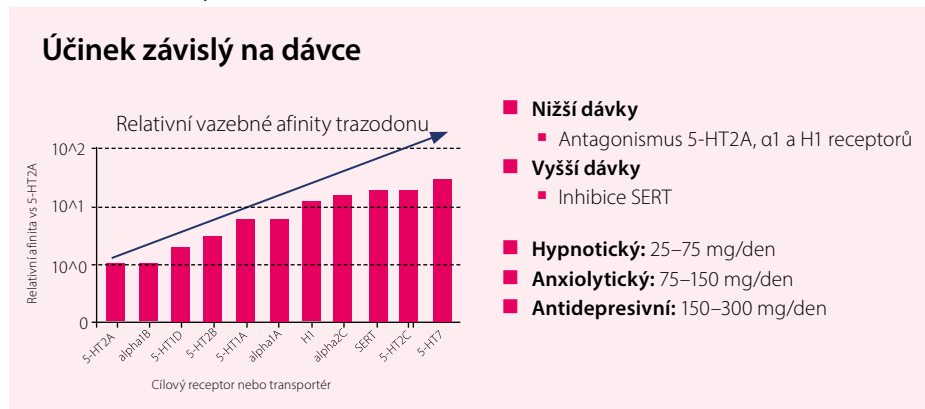
MUDr. Pavel Rutar
Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha
pavel.rutar@homolka.cz

Cit. zkr.: Med. Praxi. 2023;20(3):187-190
Článek přijat redakcí: 16. 5. 2023

Obr. 1. Délka pokračovací a profylaktické fáze



Obr. 2. Účinek závislý na dávce



účinky se mohou projevovat již na začátku terapie, antidepressivní účinek farmak povětšinou nastupuje s časovým odstupem, a proto musíme efekt medikace vyhodnocovat po 2–3 týdnech, a v případě, že není dosaženo kýženého efektu je vhodné provést navýšení dávky, abychom dosáhli uspokojivé klinické odezvy do 3 až 6 týdnů od začátku léčby. Vzhledem k časté přítomnosti anxiety a insomnie u deprese je při využití některých typů antidepressiv doporučováno v úvodu terapie přechodně využívat kombinace s benzodiazepiny a hypnotiky, kterým se však obecně v klinické praxi snažíme z řady důvodů, například rizika rozvoje závislosti, vyhnout. Jak dlouho je doporučováno antidepressiva užívat? Po stabilizaci onemocnění je z důvodu rizika recidivy onemocnění nutná dlouhodobá léčba, jejíž délka se liší v závislosti na tom, o kolikátou epizodu deprese u pacienta šlo, a také, jaká byla odezva pacienta na terapii (Obr. 1). V případě první epizody deprese je udržovací terapie indikována na 9 měsíců. V případě, že má pacient pozitivní rodinnou anamnézu, došlo u něho jen k parciální remisi či měl suicidální pokus, prodlužujeme

udržovací fázi léčby na dva roky, stejně jako u pacientů, u kterých šlo o druhou ataku deprese. Po třetí epizodě deprese je udržovací fáze léčby 5 let, po čtvrté epizodě pak antidepressiva podáváme již doživotně.

Volba antidepressiva v primární péči

Při výběru léku se snažíme vždy individualizovat terapii a současně vždy volíme bezpečný, pokud možno co nejlépe snášený lék, s minimálním výskytem nežádoucích účinků a interakcí, a s rychlým nástupem účinku. Vzhledem k velmi časté přítomnosti poruch spánku a úzkosti u depresivních pacientů je pak s výhodou užití antidepressiva, které dobře ovlivní i tyto příznaky.

Jednou ze skupin antidepressiv první volby dostupných praktickým lékařům, jsou inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) působící víceméně selektivně na serotoninový transport. Jinou možností se širším spektrem ovlivněných neurotransmiterových systémů je multimodálně působící trazodon. Díky širšímu spektru obsazovaných typů receptorů v CNS je konečný klinický efekt tra-

zodonu ovlivněn použitou dávkou (Obr. 2) – nižší dávky totiž antagonizují serotoninové 5HT2A, α -1 a histaminové H1 receptory CNS, zatímco dávky vyšší pak vedou i k inhibici serotoninového transportéru. Trazodon v podávaných dávkách 25–75 mg denně tedy působí hypnoticky, v dávkách 75–150 mg denně anxiolyticky a antidepressivního účinku trazodonu dosahujeme při podávání 150–300 mg denně. Díky výše zmíněnému tedy trazodon přináší výborný hypnotický a anxiolytický efekt a současně má nižší výskyt sexuálních dysfunkcí proti preparátům ze skupiny SSRI a má i nižší riziko výskytu SIADH (syndrom inadekvátní sekrece antidiuretického hormonu) a interakcí s antikoagulancii. Trazodon je bezpečný lék, vyšší obezřetnosti při jeho použití je třeba věnovat v případě terapie u pacientů s epilepsií, u kterých se musíme vyhnout náhlým výkyvům hladin, dále u pacientů s kardiovaskulárními onemocněními užívajícími léky prodlužující QT interval a u pacientů s poruchou mikce či glaukomem s uzavřeným úhlem. Vzhledem k jaterní metabolické cestě trazodonu je jeho užití u pacientů s onemocněním ledvin snadné a bezpečné, u těžké poruchy funkce ledvin lze trazodon podávat s opatrností. V případě podávání trazodonu u pacientů s jaterní insuficiencí je pak naopak na místě obezřetnost a monitorace jaterních funkcí.

Jak titrovat trazodon v klinické praxi? Například při využití formy s řízeným uvolňováním (Trittico AC) zahajujeme terapii 25 mg a každé 3 dny o 25 mg navýšíme dávku. V případě, že cílíme na denní dávku 150–300 mg, je s výhodou využití formy s postupným uvolněním (Trittico Prolong) 150 mg první 3 dny, následně 3 dny 225 mg a od sedmého dne 300 mg. Je-li obava z tolerance trazodonu, lze zvolit i pozvolnější titrování dávky po 75 mg každé 3 dny. Vysazování trazodonu pak probíhá rovněž postupně, je třeba vyhnout se náhlému vysazení léčiva.

Závěr

Deprese je závažná porucha, která významně ovlivňuje kvalitu života pacienta a nepříznivě zasahuje i do léčby dalších přítomných somatických onemocnění. Léčba deprese je důležitou součástí terapie

INZERCE

somatických onemocnění. V léčbě deprese kromě úpravy životního stylu a psychoterapie využíváme farmakoterapii. Vzhledem k častému výskytu insomnie a anxiety u pacientů s depresí je vhodným antidepresivem první volby dostupným v primární péči trazodon. Trazodon má rychlý nástup klinických účinků (přibližně týden), velmi dobře ovlivňuje spánek i bez přídatné hypnotické

medikace a velmi dobře ovlivňuje úzkost, a to bez přítomnosti iniciačního prohloubení úzkosti. Trazodon je dobře tolerované antidepresivum s nízkým výskytem nežádoucích účinků, což je mimo jiné dáno tím, že v CNS ovlivňuje hned několik typů receptorů. S touto multimodalitou je pak spojen i klinický efekt trazodonu, kdy dávky do 75 mg denně působí hypnoticky, dávky mezi 75–150 mg

denně anxiolyticky. Antidepresivního účinku trazodonu dosahujeme pomocí dávek 150–300 mg denně, k jejichž dosažení využíváme preparát s prodlouženým uvolňováním Trittico Prolong, podávaný v jedné denní dávce navečer.

*Zpracoval: MUDr. Pavel Rutar
Interní oddělení Nemocnice Na Homolce*