Vortioxetin v léčbě depresivní epizody u bipolární afektivní poruchy

MUDr. Radmila Kučíková, MUDr. Katarína Hánělová

Psychiatrická ambulance Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Článek přináší kazuistiku 64letého muže, který byl dlouhodobě léčen pro depresivní fáze různými antidepresivy s nízkým efektem a častými nežádoucími účinky, včetně možného přesmyku do mánie. U tohoto pacienta se velmi osvědčil vortioxetin (v kombinaci s olanzapinem) v léčbě depresivních epizod u později diagnostikované bipolární afektivní poruchy.

Klíčová slova: deprese, bipolární afektivní porucha v pozdějším věku, léčba, vortioxetin, kazuistika.

Vortioxetin in treatment of depressive episode within bipolar affective disorder

An article offers a case report of 64-year-old man who has long-term treatment for depressive episodes by various antidepressants with insufficient improvement and frequent side effects, including possible switch to mania. In this patient, vortioxetine has been proved to be very effective in treating depressive episodes within later diagnosed bipolar affective disorder.

Key words: depression, bipolar affective disorder in elderly, treatment, vortioxetine, case report.

Úvod

Bipolární afektivní porucha (BAP) je závažné duševní onemocnění, u něhož je důležitá správná a včasná diagnostika a nastavení účinné farmakologické léčby. K základním postupům farmakoterapie depresivní epizody BAP patří nasazení thymostabilizátorů – lithium, z antipsychotik olanzapin, quetiapin či ziprasidon (1–4). Při neúčinnosti těchto léků či nízkém efektu se doporučuje změna medikace, použití v dvoj- či trojkombinaci. Pozitivní efekt v léčbě depresivní epizody BAP má lamotrigin, kombinace olanzapinu s fluoxetinem nebo jiným antidepresivem SSRI, kombinace lithia nebo valproátu s paroxetinem. Pokud je stále nedostatečná odpověď na léčbu, je doporučeno pokračovat ve složení thymostabilizátor + atypické antipsychotikum + antidepresivum, avšak použití venlafaxinu, tricyklických antidepresiv, RIMA, IMAO má vyšší riziko přesmyku do mánie a zvýšení frekvence epizod poruchy nálady (indukce rychlého cyklování).

Vlastní případ

Ve sdělení přinášíme kazuistiku 63letého muže, který se dostává do naší ambulantní péče v červnu 2018. V rodinné anamnéze pacienta byla přítomna závislost na alkoholu u otce, který zemřel v 56 letech na karcinom žaludku. V osobní anamnéze je přítomna hypercholesterolemie a divertikulóza tračníku; k praktickému lékaři ale pacient nedochází a neužívá žádné léky. Pacient utrpěl úraz hlavy při autonehodě v říjnu 2017, kdy měl chvilkovou ztrátu vědomí bez dalších následků. Pracovní a sociální anamnéza – pacient je vyučen jako opravář zemědělských strojů, nyní pracuje jako vedoucí zásobování. Bydlí sám, je 2x rozvedený a z druhého manželství má 3 děti.

Průběh onemocnění: Pacient se léčil již dříve (dlouhodobě) v jiné psychiatrické ambulanci pro depresi, užíval různá antidepresiva, jména ani dávky si nepamatuje. Antidepresiva byla vysazena z důvodu nízkého efektu nebo nežádoucích účinků. Pacient popisuje komplikované

rodinné vztahy mezi ním, jeho dcerou a synem dcery (vnukem). Vnuk začal užívat drogy a dostal celou rodinu do zadlužení, dochází mezi nimi i k násilí, dcera se odstěhovala, vnuka se snaží vystěhovat úřední cestou. Z psychických obtíží pacient udává výrazné problémy se spánkem, spí maximálně 2 hodiny za noc, dále uvádí výraznou vyčerpanost, bezradnost, sníženou náladu, emoční labilitu a hypobulii, musel si upravit pracovní dobu. Praktickou lékařkou byl medikován alprazolamem a zolpidemem, avšak jen s minimálním efektem. Proto byl nasazen escitalopram v dávce 10 mg pro die, efekt léku však pacient také nepozoruje. V naší psychiatrické ambulanci byla určena diagnóza F43.2 – poruchy přizpůsobení, depresivní reakce. Přistoupili jsme ke změně medikace na trazodon 150 mg pro die s postupnou titrací. Poté bylo patrné zklidnění pacienta, avšak subjektivně stále přetrvávala výrazná nespavost, hypoproxemie, hypobulie. Krize v rodině pokračovala, vnuka se podařilo vystěhovat, ale dcera

a celá rodina se od pacienta odvrátila, což nesl velmi bolestně. Pacient prodal byt a koupil si menší, ale cítí se velmi sám, opuštěný, namísto očekávané úlevy propadl do depresivní forie, výrazné tenze a anxiety. Další navyšování trazodonu vedlo k nežádoucím účinkům (zejména nauzea, bolest hlavy, ortostatická hypotenze, postfarmakologický útlum), proto byla provedena změna na mirtazapin.

V říjnu 2018 volá snacha, že byl pacient hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice (PNB). Hospitalizaci předcházela výrazná změna v chování. Pacient začal mít obavy, že je nemocný (má rakovinu), volal i v noci, že je v nemocnici, přitom byl doma, na chatě si nechal postavit bazén s vířivkou na půjčku, přebarboval si vlasy křiklavými barvami, založil si účet na Facebooku, kontaktoval praktickou lékařku za účelem pořídit si zbrojní pas, střídal partnerky, užíval sildenafil, celé dny byla slyšet z jeho bytu hlasitá hudba, všem lhal a byl agresivní na dceru, až nakonec byla volána policie a sanitka s převozem do PNB. Za hospitalizace byl patrný rozvoj výrazné manické symptomatiky, paranoidity (vůči rodině) a hypochondrické bludné produkce. Byl vyšetřen neurologem, včetně EEG a CT mozku, s normálním nálezem. Pacient absolvoval psychologické vyšetření se závěrem: manický syndrom v rámci afektivní poruchy u premorbidní akcentované osobnosti, s intelektem v pásmu nižšího průměru, kognitivní deficit nebyl zachycen. Během hospitalizace byla vysazena antidepressiva, léčba risperidonem 6 mg pro die byla bez efektu. Stav se zlepšil

na medikaci olanzapinem 10 mg a valproátem 600 mg pro die a přechodně byly podávány benzodiazepiny. Hospitalizace trvala 30 dnů, pacient byl propuštěn s diagnózou F31.2 – BAP, fáze manická s psychotickými příznaky. Navrženou elektrokonvulzivní terapii pacient odmítl, z hospitalizace byl propuštěn předčasně na vlastní žádost.

Pacient 14 dnů po propuštění opět propadl do těžké depresivní fáze se suicidálními myšlenkami (v popředí byl patrný výrazný propad nálady, tenze, hyposomie, hypobulie). V medikaci byl navýšen olanzapin na 20 mg pro die, nasazen vortioxetin 5 mg, který byl po dalších 14 dnech navýšen na 10 mg pro die. Valproát byl vysazen pro nežádoucí účinky, zejména útlum. Zlepšování depresivní symptomatiky začalo cca za 2 týdny, kdy se postupně nálada projasňovala, došlo ke snížení tenze, zlepšil se spánek. Pacient začal reálně plánovat svou budoucnost, byl schopen domluvy se svými dcerami, dostal náhled na své onemocnění a chování během manické epizody. Pacient je 4 měsíce léčen kombinací olanzapinu 20 mg a vortioxetinu 10 mg pro die, postupně došlo k úpravě stavu, normalizaci forie, občas je patrný jen mírný pokles nálady s pocity bezradnosti v souvislosti s vnější zátěží (přetrvávají konflikty v rodině). Během léčby nebyly pozorovány ani nežádoucí účinky, ani přesmyk do hypománie.

Diskuze

Vortioxetin patří mezi multimodální antidepressiva, tj. působící na více receptoro-

vých systémech s využitím více než jednoho mechanismu účinku (5, 6). Nejvíce ovlivňuje serotonergní systém, ale pravděpodobně i noradrenalinový, dopaminový, histaminový, acetylcholinergní, GABA a glutamátový systém. Z toho vyplývá jeho antidepressivní a anxiolytický účinek, prokázáno bylo i zlepšení kognitivních funkcí (6–8). U pacienta nebylo zcela jasné, zda došlo k přesmyku do mánie při užívání mirtazapinu či předchozího trazodonu (nešlo ověřit lékovou compliance), nebo k prvozáchytu manické epizody u staršího pacienta. Vortioxetin má zatím schválenou indikaci pouze k léčbě unipolární deprese, toto kazuistické sdělení ukazuje i možnost využití antidepressivního a anxiolytického efektu v léčbě depresivní epizody BAP.

Závěr

Pacient, léčený pro depresivní epizodou BAP, je aktuálně stabilizován více než 4 měsíce při užívání medikace vortioxetin 10 mg a olanzapin 20 mg pro die. Před touto medikací byl u pacienta patrný nedostatečný efekt a intolerance nasazených thymostabilizátorů. K léčbě rekurentní středně těžké až těžké depresivní epizody BAP bylo do kombinace přidáno antidepressivum. Zvolená kombinace olanzapinu s vortioxetinem měla poměrně rychlý nástup účinku, byl pozorovaný anxiolytický efekt, pacient jej velmi dobře toleroval bez nežádoucích účinků. Je však třeba sdělit, že je nedostatek důkazů pro použití vortioxetinu v indikaci depresivní fáze BAP, jedná se o tzv. off-label léčbu a nelze ani vyloučit pozdější přesmyk do manické fáze.

LITERATURA

1. Raboch J, a spol. Doporučené postupy psychiatrické péče IV, 2014. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/doporucene-postupy-4-2014.pdf.
2. Höschl C, Libiger J, Švestka J, et al. Psychiatrie. Tlgis, spol. s r. o. 2002; 443–445.
3. Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C, et al. Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis 2008; 148–155.
4. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden Ch, Licht RW, Mo-
5. Iler H, Kasper S WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Bipolar Disorders: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the Treatment of Acute Bipolar Depression. The World Journal of Biological Psychiatry, 2010; 11: 81–109.
6. Látalová K. Vortioxetin – nové antidepressivum. Remedia 2014; 24: 226–228.
7. Mohr P, Melicher T, Knytl P. Vortioxetin: přehled nového an-

tidepressiva. Psychiatr. praxi 2016; 17(1): 31–32.

7. Mohr P, Anders M, Masopust J. Vortioxetin v léčbě depresivní poruchy a možnosti zlepšení kognitivních funkcí. Psychiatrie 2014; 18(4): 206–211.

8. Katona C, Hansen T, Olsen CK. A randomized, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced, fixed-dose study comparing the efficacy and safety of Lu AA21004 in elderly patients with major depressive disorder. Int. Clin. Psychopharmacol 2012; 27: 215–223.