



Psychózy ve vyšším věku

Vanda Franková, PND

Courtyard by Marriott, duben 2022

Delirium?!

Z mladšího věku:
•Schizofrenie a příbuzné nemoci
•Afektivní poruchy
(manická/depresivní/smíšená epizoda s psychotickými příznaky)

Primární
"funkční"

Nově vzniklé:
•Schizofrenní porucha
(LOS, VLOSLP)
•Porucha s bludy
•Afektivní poruchy

Psychózy ve vyšším věku

Příčiny:
•Léky a návykové látky
•Metabolická a endokrinní on.
•Infekce, dehydratace, retence
•Tumory intra- i extrakraniální
•CMP, vaskulární změny, trauma mozku, zánět...
•Epilepsie
•AI onemocnění
•Limbická encefalitida

Sekundární
"organické"

Neurodegenerace:
•Demence všech typů
•Alzheimerova nemoc
•Nemoc s Lewyho tělísky
(PN, DLB)
•FTLD
•Huntingtonova chorea

Afektivní porucha s psychotickými příznaky

„Dobře poslouchej svého nemocného, říká ti totiž diagnózu.“

prof. MUDr. Josef Thomayer

- 1/3 psychotických poruch ve > věku
- Psychotické symptomy častější než u mladých
- Deprese: bludy autoakuzační, mikromanické, somatické, hypochondrické, enormity, eternity, ruinační, nihilistické, negační, Cotardův syndrom
- Manie: megalomanické, extrapotenční, originární, inventorní
- Farmakoterapie: Antidepresiva (u deprese), antipsychotika, ev. stabilizátory

Pozdní schizofrenie

- LOS = Schizofrenie s pozdním začátkem (40-60 let)
- VLOSLP = Schizofrenní porucha s velmi pozdním začátkem (60+)
- Parafrenie - až do MKN-9 (Kraepelin, Vencovský, Vondráček, Dobiáš)
- < negativní symptomatiky, < dezorganizovaného myšlení, < kognitivní deteriorace
- Lepší ADL
- Bludy paranoidně-perzekuční, systematizované
- Nespecifické strukturální změny mozkové (*atrofie povšechná, zvětšené komory, atrofie levého temporálního laloku, vaskulární změny*) - dif dg např. FTLD?

Antipsychotika u LOS a VLOSLP

Často 1. volba -
pozor na expy!

Oblíbený u afektivní
složky, seduje,
metabolické NÚ

Dobře tolerovaný,
slabší efekt, hypotenze

Mírně aktivizující,
méně zkušeností,
někdy expy

Dobře se dává
(gtt), lze i.m., u
agrese, riziko expy

lék	počáteční dávka (mg/den)	dávkovací rozmezí (mg/den)
risperidon	0,5	1-4
olanzapin	2,5-5	5-15
quetiapin	25	100-400
aripiprazol	5	10-15
haloperidol	1 (2,5-5 i.m.)	1-4

INTRAKRANIÁLNÍ TUMORY V GERONTOPSYCHIATRII

http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_4_188_195.pdf

(Organická) porucha s bludy

- Nefarmakologické strategie!
- Navázání terapeutického vztahu: nevymlouvat, nepodporovat v psychotických obsazích, vyjádřit pochopení pro stres, hledat alternativy vysvětlení, "důkazy" aj.
- Terapie zaměřená na řešení problému (adaptaci na něj)
- Aktivační terapie
- Antidepresiva? Antipsychotika?

Někdy se musíme spokojit se
sociální remisí („*myslí si to pořád,
ale neříká to*“).

Mírné kognitivní zhoršení +
úzkost – “strach má velké oči” →
psychotická dekompenzace úzkostné
poruchy

Demence u AN s psychotickými příznaky

- Většinou ve středním stadiu demence
- Rizikové faktory: vyšší věk, smyslové poruchy, zevní stresory, ženské pohlaví
- Jednoduché paranoidní bludy vázané na blízké/známé lidi (okradení, procházení stěnou, misidentifikace aj.), halucinace hl. zrakové, méně sluchové; je reálný podklad?
- IChE, (memantin)
- SSRI?
- Antipsychotika - individuální posouzení poměru rizika a benefitu!

Antipsychotika u psychózy u demence

Mají efekt, ale:
3x větší riziko CV příhod,
téměř 2x vyšší mortalita!
Metabolická rizika!
Kognitivní deteriorace!

Pozor na demenci u Parkinsonovy nemoci a DLB!

Antipsychotika u psychózy u demence

- **Risperidon** je indikován ke krátkodobé léčbě (do 6t) přetrvávající agrese u pacientů se středně závažnou až závažnou AD, kteří neodpovídají na nefarmakologické postupy a u kterých hrozí riziko sebepoškození nebo poškození ostatních; **2x0,25-2x0,5** (1-2 mg/den)
- **Olanzapin** se nedoporučuje u pacientů s psychozou a/nebo poruchami chování souvisejícími s demencí (2,5-10 mg/den)
- **Kvetiapin** není schválen k léčbě pacientů s psychozou související s demencí (12,5-max 200 mg/den)
- **Aripiprazol** není určen k léčbě psychotických příznaků spojených s demencí (2,5-10 mg/den)
- **Haloperidol** - Psychóza, agrese, delirium u pacientů se středně těžkou až těžkou demencí u AN a VD; **0,5-2 mg/den p.o.**
- **Melperon** - Stav zmatenosti, úzkosti, vzrušenosti, nočního neklidu a poruchy spánku, zvláště u starších pacientů; **25-200 mg/den p.o.**
- **Tiaprid** - Krátkodobá léčba (1-2 měsíce) poruch chování ve stáří nebo při chronickém abusu alkoholu; **2x50-MAX 300/den!**

Demence s Lewyho tělísky

Deficit Ach a DA
transmise

Psychiatrické
příznaky (psychóza,
deprese) či deliria
mohou předcházet
roky i desetiletí
rozvoji demence!

Povinný příznak:

- demence s typickým kognitivním profilem

Hlavní klinické příznaky:

- kolísání příznaků (pozornosti, bdělosti, kognitivního výkonu aj.)
- rekurentní zrakové halucinace
- poruchy chování vázané na REM spánek (mohou předcházet kognitivní deterioraci)
- spontánní motorické příznaky parkinsonského syndromu

Podpůrné klinické příznaky:

- **zvýšená citlivost na antipsychotika** útlum, expy, horšení psychiatrických příznaků
- posturální nestabilita, opakované pády, synkopy nebo jiné krátkodobé poruchy vědomí
- těžká autonomní dysfunkce, zvýšená spavost, poruchy čichu
- **halucinace jiné než zrakové, systematizované bludy**
- apatie, úzkost, deprese

Hlavní biomarkery:

- pozitivní receptorový SPECT (v ČR DaTSCAN) nebo PET/MR FDOPA
- abnormální myokardiální scintigrafie s použitím radioligandu MIBG (metaiodobenzylguanidin)
- polysomnografická verifikace REM spánku bez svalové atonie

Podpůrné biomarkery:

- relativně zachovalé meziotemporální struktury na zobrazení (CT, MRI)
- hypoperfúze/hypometabolismus v okcipitálních oblastech (SPECT/ PET) s/bez “ostrůvku” zachovaného metabolismu v zadním cingulu na FDG-PET
- EEG nález zpomalené aktivity v zadních oblastech s periodickou pre-alfa/theta fluktuací

Terapie DLB

- Agonisté DA (ropinirol, pramipexol, rotigotin)
- Selegilin
- Entakapon

- **TCA** (vyjma nortriptylinu), Paroxetin
- Olanzapin, Clozapin
- Carbamazepin
- **Promethazin** (Prothazin), Cetirizin (Zodac, Zyrtec, Analergerin)
- **Solifenacin** (Vesicare), **Tolterodin** (Detrusitol, Uroflow)
- Amantadin (PK-Merz, Viregyt-K), **Procyclidin** (Kemadrin), **Biperiden** (Akineton)
- Tramadol (Tramal, Doreta, Palgotal, Skudexa, Tralgit, Zaldiar)

- Vyhýbání se rizikovým lékům (antipsychotika, dopaminergní léky, léky s anticholinergním účinkem)!
- Terapie symptomatická:
 - ✓ **ICHÉ** (rivastigmin, donepezil) - zlepšení kognice, neuropsychiatrických příznaků, fungování; bez zhoršení motorických příznaků (Matsunaga et al. 2016; Stinton et al. 2015; Wang et al. 2014)
 - ✓ **Memantin** - zlepšení kognice, neuropsychiatrických příznaků, spánku, fungování (Emre et al. 2010; Stubendorff et al. 2014)
 - ✓ Quetiapin - když nestačí ICHÉ
 - ✓ Clozapin?
 - ✓ **Levodopa** - zkusit u parkinsonského sy?
- Korekce vizu, dostatek světla, aktivizace, adaptační postupy atd.
- U autonomní dysfunkce úprava dávkování či vysazení rizikových léků (antihypertenziva, léky s rizikem ortostatické hypotenze aj.), péče o stolici, nefarmakologická opatření

Velmi opatrné dávkování!

Nejčastěji užívaná psychofarmaka v léčbě DLB

Lék	Symptom	Iniciální dávka (mg/den)	Běžná dávka (mg/den)	Poznámky
Rivastigmin	Kognitivní porucha, psychotické příznaky	3 (4,6)	12 (9,5)	Dávka se titruje od minimální po nejvyšší doporučenou tolerovanou dávku
Quetiapin	Psychotické příznaky, noční deliria	12,5	12,5-50	Nasazujeme pouze u závažných symptomů, které neodeznívají po IChE, sledujeme potenciální NÚ
Klonazepam	Poruchy vázané na REM spánek	0,25	0,25-1	Dávku pomalu titrujeme; riziko hypotenze, zmatenosti, paradoxní excitace, závislosti
Levodopa	Parkinsonský syndrom	100-150	150-600	Pomalou titrujeme, nezlepší-li se parkinsonský syndrom nebo zhorší-li se psychiatrické příznaky – vysadíme
Sertralin	Deprese, úzkost	25	50	Při neefektu či NÚ volíme jiné antidepresivum (venlafaxin, mirtazapin, vortioxetin)

Psychiatrické příznaky u Parkinsonovy nemoci ve vyšším věku

MUDr. Vanda Franková, MUDr. Ivana Horská

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Psychiatrické příznaky jsou pravidelnou součástí klinického obrazu Parkinsonovy nemoci, zejména pozdního stadia. Mnohdy zůstávají nerozpoznány nebo jsou špatně léčeny. Časná intervence může zabránit jejich plnému rozvoji, včetně ohrožujícího chování. Příznaky je třeba aktivně zjišťovat, cíleně se na ně ptát při běžných ambulantních kontrolách. Intervence zahrnuje úpravu antiparkinsonské terapie, v indikovaných případech nasazení psychofarmak: rivastigmin u demence a psychotických příznaků, SSRI či jiná antidepresiva u deprese a úzkosti. U závažných psychotických stavů nebo agrese bývá nutné nasadit atypické antipsychotikum (quetiapin, clozapin). Nedílnou součástí terapie jsou nefarmakologické postupy, edukace, odvedení pozornosti aj. Presentovány jsou ilustrativní kazuistiky.

Klíčová slova: Parkinsonova nemoc, psychiatrické příznaky, léčba.

Rizikové léky u Parkinsonovy nemoci

Tab. 1 Léky nevhodné nebo kontraindikované u pacientů s Parkinsonovou nemocí ve vyšším věku

	Generický název	Firemní název (příklady)
Antidepressiva tricyklická	Amitriptylin, nortriptylin, dosulepin, clomipramin	Amitriptylin, Nortriptylin, Prothiaden, Anafranil
Antiparkinsonika	Biperiden	Akineton
Neuroleptika	Chlorpromazin, chlorprothixen, haloperidol, levomepromazin, flufenazin	Plegomazin, Chlorprothixen, Haloperidol, Tisercin, Afluditen
Antihistaminika	Promethazin, bisulepin, cetirizin, loratidin, dimetinden	Prothazin, Dithiaden, Zodac, Claritin, Fenistil
Antiepileptikum	Carbamazepin	Biston
Léčba zvýšené frekvence močení a inkontinence	Oxybutynin, propiverin, trospium, solifenacin aj.	Ditropan, Mictonorm, Spasmed, Vesicare aj.
Prokinetikum	Metoclopramid	Degan, Cerucal
Antivertiginosum	Thietylperazin	Torecan
Vazodilatancia	Cinnarizin	Stugeron

Dopaminoví agonisté (*pramipexol, ropinirol*) jsou častou příčinou psychózy a agrese u starších pacientů s PN, zejména s demencí!

Vždy cíleně pátráme po psychotických příznacích, zkresleném vnímání apod.

U pacientů s kognitivní poruchou či psychotickými příznaky nejsou vhodné.

Jak léčí psychózu u PN psychiatři v PNvD

- Vysazení rizikových léků (*anticholinergika - na močovou inkontinenci, alergii aj.; nootropika aj.*)
- Úprava antiparkinsonské medikace (*vysazení biperiden, selegilin, amantadin, dopaminoví agonisté, inhibitory COMT, snížení levodopy, změna časování dávek aj.*)
- Psychofarmakoterapie: rivastigmin, SSRI, quetiapin, pregabalin, clonazepam aj. (viz DLB)

Rizikové léky pro rozvoj deliria (zejména) u seniorů

- **Levomepromazin** (*Tisercin*)
 - **TCA** (vyjma nortriptylinu)
 - Olanzapin, Quetiapin
 - Paroxetin
 - Carbamazepin
 - **Promethazin** (*Prothazin*), Cetirizin (*Zodac, Zyrtec, Analergin*)
 - **Solifenacin** (*Vesicare*), **Tolterodin** (*Detrusitol, Uroflow*)
 - Amantadin (*PK-Merz, Viregyt-K*), **Procyclidin** (*Kemadrin*)
 - Tramadol (*Tramal, Doreta, Palgotal, Skudexa, Tralgit, Zaldiar*)
- Anticholinergní působení

Další rizikové léky: BZD, opioidy, biperiden, kortikosteroidy aj.

Terapie deliria



Léčba vyvolávající příčiny (racionalizace terapie, léčba infekce, úprava vnitřního prostředí aj.) + monitorace stavu



Péče o celkový tělesný stav



Nefarmakologické postupy (zajištění bezpečí, vlídné prostředí i přístup, reorientační pomůcky, edukace a podpora pacienta, rodiny, „one to one care“ s výjimkami!)



Symptomatická farmakoterapie (empirická, observační studie)

Další léky: risperidon, olanzapin, quetiapin (DLB, PN), aripiprazol, další BZD, clomethiazol

Léky s indikací ve vztahu k delir

Monitorace EKG - QTc!

Lék	Forma	Indikace dle SPC	Doporučené dávkování
Tiaprid	Tbl, gtt, inj (lépe i.m. než i.v.)	Krátkodobá léčba (1-2 měsíce) poruch chování ve stáří nebo při chronickém abusu alkoholu	P.o.: Začít 50 mg 2x/den, postupně zvyšovat do max 300 mg/den; T_{max} 60 min, $t_{1/2}$ cca 3-4 h (začátek účinku rychlejší)
			Inj.: Delirium: 2-3 x 100 mg/den v cca 4-6 h intervalu; T_{max} 30 min
Melperon	Tbl	Abstinenční příznaky při alkoholismu; Stav zmatenosti, úzkosti, vzrušenosti, nočního neklidu s poruchou spánku, zvláště u starých pacientů	Počáteční dávka 25-75 mg/den, max 150-200 mg/den; T_{max} 1-3 h, $t_{1/2}$ 6-8 h
Haloperidol	Tbl, gtt, inj (lépe i.m. než i.v.),	Akutní léčba deliria při selhání nefarmakologických způsobů léčby (KI: Parkinsonova nemoc, LBD!)	P.o.: 0,5 mg/den – 2 mg/den; (á 2-4 h) T_{max} 2-6 h, $t_{1/2}$ cca 24 h
			Inj.: 2,5-5 mg/den; T_{max} 20 - 40 min
Diazepam	Tbl, inj (i.m., i.v.), rectal tube	Adjuvantní terapie abstinenčních reakcí u alkoholismu, terapie epilepsie	5 – 30 mg/den v intervalu 2-4 h P.o. aplikace: T_{max} 0,5 -2h, $t_{1/2}$ 48 h
		Abstinenční syndrom inj.	I.m. aplikace: T_{max} 0,5-1,5 h, $t_{1/2}$ 20-100 h

+ podpurná léčba: piracetam 2,4 - 4,8 g/den, vitamíny B a C, melatonin?

SPC produktů dle www.sukl.cz; Maldonado 2018

Psychotické příznaky ve vyšším věku - závěr

- Anamnéza - vč. objektivní, cílené dotazy (*začátek, průběh*), léky (*BZD, analgetika, hypnotika*), alkohol, premorbidní osobnost, psychiatrická péče v rodině/u pacienta
- Vyšetření psychického stavu - trpělivost!, cílené dotazy, vyšetření kognitivních funkcí (*MMSE, test hodin aj.*), hodnocení stresorů, pozorování (*psychotické příznaky, deprese, manie*); **Pozor! Dysforie a rezonance může být příznakem afektivní poruchy**
- Vyšetření tělesného stavu
- Pomocná vyšetření – lab. (*biochemie, moč, hematologie, TSH + fT4*), EKG, RTG plic?, CT (MR) mozku
- Nespěchat s nasazením antipsychotik!

Psychotické příznaky ve vyšším věku - závěr

Delirium (*etiologie*)? DLB či PN? Primární duševní porucha? Nutná p.e. medikace?

Midazolam 2,5-5 mg i.m., tiaprid 100 mg i.m., haloperidol 2,5-5 mg i.m. (+) diazepam 5-10 mg i.m./i.v., clonazepam (Rivotril) 1 mg i.m.



Děkuji za pozornost

vanda.frankova@geronto.cz