

TERAPIA PORUCH CHOVÁNÍ U PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Roman Jiráček

Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha
Katedra psychiatrie IPVZ, Praha

Via pract., 2008, roč. 5 (S4): 42–45

Funkční postžení u demenci

Funkční postžení u demenci lze schématicky rozdělit do několika základních okruhů, přičemž se jednotlivé okruhy překrývají:

- Poruchy kognitivních funkcí – paměti, pozornosti, vnímání, intelektu a dalších.
- Poruchy aktivit denního života. Tyto poruchy jsou do značné míry podmíněny poruchami exekutivních funkcí – schopnosti naplánovat aktivity, být k aktivitám motivován, seřadit správně jednotlivé dílčí podúkony složitějších úkonů, provést a zpětně zhodnotit složitější aktivity.
- Tzv. behaviorální a psychologické příznaky demence. K těmto příznakům náleží poruchy chování, neklid, přidružené psychotické příznaky, přidružená deprese, úzkost, poruchy spánku i cyklu spánku – bdění, poruchy příjmu potravy a další.
- Další okruh příznaků je postžení hybnosti, vznikající někdy poměrně časně v průběhu demence. Může dojít k rozvoji extrapyramidového hypertonicko-hypokinetickeho syndromu. V pozdějších stádiích demence jsou alzheimerovští pacienti ohroženi pády. Postžení motoriky zvyšuje a urychluje úmrtnost pacientů s Alzheimerovou chorobou (pacienti přestávají být mobilní, uléhají, rozvíjejí se dekubity, hypostatické pneumonie a pod.).

Příznaky a stadia Ach

Alzheimerova choroba je **nejčastěji se vyskytující demence** vůbec, další podstatná část demenci vzniká na smíšeném podkladě Alzheimerovy choroby a cerebrovaskulárního onemocnění. Je to **primárně kortikální demence**; první příznaky proto reprezentují poruchy z oblasti kognitivních funkcí – hl. poruchy

paměti typu zapomínání nových paměťových obsahů (poruchy paměťové konsolidace – vstřípivosti), poruchy epizodické paměti (časté v časných stádiích a někdy přehlížené, včetně vypadávání pojmů), poruchy krátkodobé paměti, poruchy pozornosti. Později však dochází k poruchám nekognitivních funkcí včetně behaviorálních a psychologických příznaků demence, především k poruchám emotivity a chování.

Alzheimerovu chorobu lze zhruba rozdělit do **tří stadií dle tíže demence** – lehké, střední a těžké stadium.

- V lehkém stadiu jsou v popředí poruchy kognitivních funkcí, a to jak subjektivní (postžení si uvědomují poruchy paměti), tak objektivní, měřitelné psychologickými metodami. Vyskytují se však také již incipientní poruchy aktivit denního života, zejména složitějších aktivit, které vyžadují pozornost. Může se vyskytnout deprese, která u počínajících demenci může být způsobena také reaktivně – zachovaným uvědoměním si choroby.
- Ve středním stadiu progredují poruchy kognitivních funkcí, postžení většinou ztrácejí náhled choroby. Mohou se objevit poruchy fatických funkcí. Výrazně se prohlubují poruchy aktivit denního života – postžení již mívají potíže s běžnými instrumentálními aktivitami (telefonování, nakládání s penězi apod.). Ve středním stadiu demence se obvykle objevují behaviorální a psychologické příznaky demence včetně poruch chování. Jejich výskyt je však značně individuální.
- V těžkém stadiu alzheimerovské demence poruchy kognitivních funkcí dosahují takového stupně, že postžení často nepoznávají své okolí, nejbližší příbuzné, byvají dezorientovaní místem i časem. Aktivity denního života jsou postženy v instrumentální i neinstrumentální složce tak

výrazně, že nemocní bývají plně závislí na péči okolí. Behaviorální a psychologické příznaky demence, především poruchy chování tak vystupují do popředí, že se často stávají nejobtížnějším příznakem z hlediska pečovateli pacientů.

Projevy poruch chování u Alzheimerových pacientů

Poruchy chování mohou mít různou podobu. Vyskytují se poruchy chování bez agresivity a s agresivitou. Bez agresivity jsou to především: agitovanost (neustálý, někdy jen drobný, ale někdy výraznější neklid), nevhodné a nepřiměřené upoutávání pozornosti, výkřiky a vydávání různých neartikulovaných skřeků, naříkání, odcházení z domova (z ústavu, nemocnice), neúčelná kutivost (provádění různých neadekvátních úkonů) a podobně. Pokud je přítomna agresivita, může být namířena jen proti věcem, nebo i proti lidem. Může být pouze verbální, nebo i brachiální. Je to např. nadávání, klení, ničení věcí, někdy však i napadání osob. Nejčastěji jsou napadány osoby pacientovi nejbližší – rodinní příslušníci, pečovateli, zdravotnický personál starající se o pacienta.

S poruchami chování souvisí i **přidružené psychotické příznaky**. Ty se mohou u Alzheimerových demencí objevit především ve středních a pozdních stádiích. Bludy bývají převážně paranoidně-persekučního obsahu, velmi nesystematické, vágní, s proměnlivým obsahem. Časté jsou bludy okrádanosti – pacientům kradou domnělí nepřátelé peníze, ošacení, ale i peří z peřin a podobně. Halucinace bývají nejčastěji zrakové – vidí např. cizí osoby, které k nim chodí do bytu. Mohou být přítomny i iluze. Někdy se vyskytují i misinterpretace (Capgrassův syndrom) – správné rozpoznání objektu a zároveň i popření tohoto správného rozpoznání (např. pacient hovoří o své ženě: „Vypadá stejně jako moje žena, má stejný hlas, pohyby, oblečení, ale není to moje žena“).

Jsou hledány strukturální, neuroanatomické podklady poruch chování u Alzheimerovy choroby. Významné místo zaujímají orbitofrontální – subkortikální spoje (orbitofrontální okruh). Při porušení těchto struktur bývají zjišťovány především poruchy osobnosti, desinhibice, poruchy zájmu, iniciativy, motivace, emoční labilita, nepřiměřená euforie, iritabilita. U postižení předního cingulárního okruhu (mediální frontální – subkortikální spoje) bývá zjišťována apatie a hypobulie, ztráta komunikačních schopností, snížení

polyblivity, inkontinence, nedostatek emocionálních projevů, akinetický mutismus, nepřijímání potravy.

Neuropatologicky bylo u Alzheimerovy choroby zjištěno, že poruchy chování korelují s množstvím neurofibrilárních tangles (uzlíčků) v neokortexu. (Tyto útvary vznikají v neuronech degenerací tau proteinu, spojeného s mikrotubuly – je to u Alzheimerovy choroby hlavní intraneuronální degenerativní změna). Zvláště zvýšení množství tangles ve frontálním kortexu koreluje s výskytem agitovanosti, apatie, psychologických příznaků u dalších typů poruch chování.

Bludy u Alzheimerovy choroby korelují při použití zobrazovacích metod (SPECT, PET) se snížením perfuze v dorsolaterálních a mediálních frontálních oblastech mozku. U agitovanosti byla stejnými metodami zjištěna hypoperfuze v dorsálních frontálních a anterotemporálních oblastech. Obecně u poruch chování, doprovázejících Alzheimerovu chorobu, jsou zjišťovány největší poruchy perfuze ve frontálních a temporálních oblastech.

Deprese jsou u Alzheimerovy choroby poměrně časté, uvádí se četnost 20 – 50 % (pravděpodobně i více, ale deprese zůstávají často nerozpoznané). V časných stádiích se na jejich vzniku podílí reaktivní složka, později především mnohočetný neurotransmiterový deficit. Je také prověřována hypotéza, že propleklé a farmakorezistentní deprese seniorů by mohly vést ke vzniku Alzheimerovy choroby na podkladě některých společných neurodegenerativních faktorů (např. zvýšená hladina homocysteinu, nižší hladiny nervových růstových faktorů, zvýšení apoptózy aj.). Depresivní symptomatika sama o sobě přispívá k zvýšení kognitivního deficitu.

Poruchy chování se léčí jak farmakoterapeutickými, tak i nefarmakoterapeutickými přístupy.

Farmakoterapeutické přístupy

Hlavní skupina látek užívaných k potlačení vhodného chování Alzheimerových pacientů jsou **antipsychotika (neuroleptika)**. Používají se buď jednorázově, ke ztlumení akutního neklidu, nebo dlouhodobě, při přetrvávajících poruchách chování. Při dlouhodobém podání někdy stačí aplikace pouze na noc – v noci bývá zvýšený výskyt poruch chování (včetně komorbidních delirií).

Z antipsychotik preferujeme jednoznačně antipsychotika (neuroleptika) II. generace. Antipsychotika I. generace mají více nežádoucích účinků. Mezi tyto látky

patří především fenothiazinové deriváty – např. chlorpromazín, levomepromazín, thioridazín, perfenazín aj. Dále tam náleží thioxantenové deriváty, např. chlorprothixén. Z butyrofenonových přípravků je používán hlavně haloperidol a melperon. Z nežádoucích efektů se vyskytují především příznaky vyvolané nespecifickou blokadou dopaminergního systému v CNS – extrapyramidový hypertonicko-hypokineticý syndrom, dále příznaky vyvolané blokadou alfa receptorů sympatiku – kolapsové stavy, pády, příznaky vyvolané blokadou histaminových receptorů – nežádoucí sedace, anticholinergní efekty – zhoršování kognitivních funkcí, zácpa, event. i kardiotoxicita. Zvýšení produkce prolaktinu jako nežádoucí efekt terapie je u antipsychotik I. a II. generace přibližně shodné. Před použitím antipsychotik I. generace je nutno varovat. Nejnebezpečnější jsou u demencí s Lewyho tělísky, které se mohou s Alzheimerovou chorobou zaměnit, a navíc se obě choroby částečně překrývají (Lewy body varianta Alzheimerovy choroby).

Z antipsychotik I. generace se k tlumení neklidu pacientů s Alzheimerovou chorobou hojně užívá *melperon* (Buronil); tato látka má málo nežádoucích efektů a spíše se blíží skupině antipsychotik druhé generace. Dávkuje se buď jenom na noc 25 – 50 mg (při nočních neklidech, nespavosti), nebo až 150 mg/den rozděleno do tří – čtyř denních dávek. Další látka ze skupiny butyrofenonů, která se často užívá, je *haloperidol* (Haloperidol, Apo-haloperidol). Toto farmakon je vhodné na ztišení jednorázového neklidu, ale k delšímu podávání se nemá používat hlavně pro možnosti pádů a útlumu.

Z antipsychotik II. generace je rozšířené užívání substituovaného benzamidu (látky selektivně blokující mozkové dopaminové receptory D_2/D_3) *tiapridu* (Tiapridal, Tiapra). Tato látka má velmi malé antipsychotické působení, ale dobře tlumí neklid organických pacientů a působí protidelirantně. Tiaprid se podává v denní dávce 300 mg, někdy až 600 mg rozděleno do tří i více dávek, ale někdy se podává pouze 100 – 200 mg na noc. Je k dispozici v perorální i injekční formě. V případě neúčinnosti tiapridu nebo melperonu se podávají další antipsychotika druhé generace. Ze skupiny serotoninových a dopaminových antagonistů je nejvíce používán *risperidon* (Risiperdal, Risperen aj.). Tato látka má výrazné antipsychotické působení, je proto preferována při výskytu bludů, poruch vnímání i dalších psychotických příznaků. Obvyklé dávkování u demenčních pacientů je 1 – 1,5 mg/den, rozděleno do dvou denních dávek, zřídka kdy více,

někdy je látka podávána pouze na noc. Další látka ze stejné skupiny, *ziprasidon* (Zeldox) je perspektivní, ale zatím je s ní málo zkušeností u pacientů s Alzheimerovskou demencí. Také látky ze skupiny multireceptorových antagonistů jsou používány k tišení neklidů v uvedené indikaci, a to opět zejména tam, kde dominuje psychotická symptomatika. *Olanzapin* (Zyprexa) se používá u Alzheimerovy choroby denní dávce 5,0 – 7,5 mg, většinou rozložené ve dvou podáních, někdy však pouze na noc. U olanzapiinu se musí dát pozor především na to, že přípravek může zvýšit tělesnou hmotnost i glykémii, není vhodný u diabetiků. *Quetiapin* (Seroquel) je antipsychotikum s malým výskytém nežádoucích příznaků, obzvláště extrapyramidových. Je proto velmi vhodný např. u pacientů s pokročilou Alzheimerovou chorobou s výskytém parkinsonského syndromu i u demencí s Lewyho tělísky (event. Lewy body variantami Alzheimerovy choroby). Dávkuje se většinou na začátku 2x25 mg per os, pak se dávky dle potřeby zvyšují, ale nepřekračují se obvykle dávky 2 x 200 mg.

Demence s Lewyho tělísky mají s „klasickou“ Ach společný pomalý začátek a v dlouhodobém časovém horizontu progredující průběh. V krátkodobém časovém horizontu hodin až dnů však klinický stav velmi kolísá. Vyskytuje se zpravidla extrapyramidový hypertonicko-hypokineticý syndrom (ohrožení pacientů pády, zvláště při podání antipsychotik I. generace). Velmi častá jsou přidružená deliria. Bývají také přidružené psychotické příznaky – halucinace nejčastěji zrakové nebo komplexní, produkce paranoidně-persekučních bludů většinou nesystematických. Častá bývá také depresivní symptomatika. Pro možnost demencí s Lewyho tělísky by měli být všichni Alzheimerovští pacienti vyšetřeni neurologicky.

Další atypická antipsychotika, např. antipsychotikum III. generace aripiprazol (Aбилify) jsou v uvedené indikaci perspektivní, avšak zatím není dostatek kontrolovaných klinických studií k definitivním závěrům.

K dalším látkám, které se někdy používají ke zklidnění neklidu u Alzheimerovy choroby, náleží **benzodiazepiny**. Vůči těmto látkám však existují v uvedené indikaci výhrady; kromě možného rizika návyku (i když u Alzheimerových pacientů nižšího) benzodiazepiny mohou zhoršovat kognitivní funkce i kvalitativní úroveň vědomí snížením centrální acetylcholinergní transmise, zprostředkovaným ovlivněním systému kyseliny gamaaminomáselné (GABA). Někdy je k jednorázovému tlumení neklidů používán

diazepam v parenterálním podání. Při neklidu s úzkostí je někdy používán, rovněž k jednorázovému nebo krátkodobému podání *clonazepam* (Rivotril). U některých nočních neklidů, spojených s nespavostí, je někdy používán *midazolam* (Dormicum).

Další látky, zkoušené k ovlivnění neklidu Alzheimerových pacientů, jsou **beta-sympatolytika** a některá **antiepileptika, používaná také jako profylaktika afektivních poruch** (*carbamazepin, valproát*). U těchto látek však nebyly zjištěny dostatečné efekty, a navíc chybí rozsáhlejší kontrolované klinické studie.

Inhibitory cholinesteráz (*donepezil, rivastigmin, galantamin*) a **mementin** – v současnosti základní farmaka pro léčbu Alzheimerovy choroby, ovlivňující především kognitivní funkce, ovlivňují příznivě i behaviorální a psychologické příznaky demence, včetně neklidů.

Terapie deprese u Alzheimerovy choroby

Důsledně se vyhýbáme antidepresivům I. generace, která jsou anticholinergní a kromě jiných nežádoucích efektů by mohla zhoršovat příznaky demence. Výjimka je *tianeptin* (Coaxil), který působí jiným mechanismem účinku a není anticholinergní. Z antidepresiv II. generace je možné používat *trazodon* (Trittico) a *mianserin* (Lerivon aj.); tato antidepresiva však mají tlumivý efekt, a proto se používají na noc. Naopak *bupropion* (Wellbutrin) má spíše lehce stimulační efekt. Antidepresiva III. generace jsou nejpoužívanější. Jsou to inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Používány jsou především *sertralín* (Zoloft aj.), *citalopram* (Citalec, Seropram aj.) a *S-citalopram* (Ciprallex). Neměl by být používán fluoxetin pro příliš

dlouhý poločas a možnost kumulace. Rovněž jsou používána antidepresiva IV. generace (*venlafaxin, mirtazapin, milnacipran*) a výjimečně reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy – *moclobemid* (Aurorix).

Nefarmakoterapeutické přístupy

Psychoterapeutické přístupy, používané u Alzheimerovy choroby, jsou zaměřené především na paměť a jiné kognitivní funkce i na aktivity denního života. Nicméně správný přístup k pacientům pomáhá snižovat výskyt neklidu i jeho intenzitu. Velmi důležitá je edukace pečovatелů pacientů. Je nutno si uvědomit, že přístup ke každému pacientovi trpícímu Alzheimerovou chorobou je individuální, a vyžaduje velkou trpělivost a dostatek tolerance.

Závěrem

Různé formy neklidu představují závažné stavy, doprovázející především střední až těžká stadia Alzheimerovy choroby. Výskyt neklidu koreluje s vyšší mortalitou, a podstatně snižuje kvalitu života postižených i jejich pečovatелů, zpravidla nejbližších příbuzných. Proto je léčba neklidu významnou složkou péče o Alzheimerovské pacienty.

Preznané z Neurol. Pro praxi, 2007; 8 (5): 295–298.

doc. MUDr. Roman Jirák, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK
Ke Karlovu 11, 128 21 Praha 2
e-mail: rjirak@upcm.cz, roman.jirak@vfn.cz

Literatura

1. Bayer A, Reban J (eds.): Alzheimer's disease and related dementias. Medea Press, 2004, 330 s.
2. Brodaty H, Ames D, Snowden J et al: A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. J Clin Psychiatry 2003; 64: 134–143.
3. Caltagirone C., Bianchetti A., Di Luca M., et al.: Guidelines for the treatment of Alzheimer's disease from the Italian Association of Psychogeriatrics. Drugs & Aging 2005; 22 Suppl 1: 1–26.
4. Jirák R, Koukolík F. Demence. Galen, Praha, 2004, 335 s.
5. Jirák R., Borzová C., Konrád J., Franková V., Spousta S.: Demence. In: Psychiatrie, doporučené postupy psychiatrické péče II, ed. Raboch J., Anders M., Praško J. Helleřová P. Infopharm, Praha, 2006, s. 22–37.
6. Katz I., Jeste D.V., Mintzer J.E. et al.: Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. J Clin Psychiatry 1999; 60: 107–115.
7. Longeran E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2002; 2: CD002852.
8. Meehan KM, Wang H, David SR et al. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. Neuropsychopharmacology 2002; 26: 494–504.
9. Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA: A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. J AM Geriatr Soc 1990; 38: 553–563.
10. Street JS, Clark WS, Gannon KS et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 968–976.