

Bridge 2009 (Bipolar Disorder: Improving Diagnosis, Guidance and Education)

(Francie, Paříž, 22. – 23. ledna 2009)

V lednu se již třetím rokem konal v Paříži edukační program zaměřený na diagnostiku a léčbu bipolární poruchy (BP) sponzorovaný firmou Sanofi-Aventis. Program zaštiťují největší odborníci v této oblasti – J. Angst, C. Bowden, E. Vieta, A. Young, G. Perugi a J. M. Azorin. V současné době je již k dispozici 11 modulů, které se zabývají problematikou BP. Účastníci mají možnost vyslechnout erudované přednášky, v menších skupinkách se účastnit workshopů a dostanou k dispozici edukační materiál, včetně literatury, ze které je čerpáno. Tentokrát byla probírána problematika smíšených stavů, bipolární deprese, suicidalita a tělesné komorbidita u BP.

Smíšené epizody BP

Smíšené stavy lze považovat za základní manifestaci BP. Stávající model je nedostatečný a zavádějící, specifické symptomy nejsou poznány (emoční instabilita, impulzivita, psychotické rysy) a nebývají diagnostikovány. Jsou výsledkem komplexních temperamentových, afektivních, toxických neurologických a psychologických proměnných a bývají rezistentní na léčbu. Navodit je může abúzus alkoholu i např. léčba antidepresivy (AD).

Měli bychom se snažit o jemnější diagnostiku (tj. dysforická mánie a depresivní smíšený stav) se specifikací počtu depresivních příznaků. Ukazuje se, že nejde pouze o akademickou problematiku, ale o problém se skutečným dopadem pro klinickou praxi hlavně v oblasti farmakoterapie. Účinnou léčbu tvoří antikonvulziva, atypická antipsychotika a elektrokonvulzivní terapie. U smíšené manické epizody je menší účinnost lithia ve srovnání s valproátem a smíšené depresivní stavy bývají rezistentní na AD.

Bipolární deprese

Bylo opět zdůrazněno, že bipolární deprese je často iniciálně diagnostikována jako unipolární deprese. Dle známých epidemiologických studií přinejmenším 20 % nemocných s depresivní symptomatologií, kvalifikovanou jako unipolární deprese, má bipolární depresi; např. dle studie v italské soukromé praxi 49 %, ve Francii 40 %, brněnské údaje se příliš neliší.

Bylo upozorněno na rysy bipolarity u „unipolárních“ depresí, tj. pozitivní rodinná anamnéza, časný a rychlý začátek, afektivní labilita, iritabilita, narušený spánek, elevovaná nálada. Osvědčuje

se nová škála „Bipolar Inventory of Signs and Symptoms Scale (BISS)“, která zahrnuje projevy anxiety, deprese, iritability a mánie (Bowden C. et al., *Acta Psychiatr. Scand.*, 2007), včetně strukturovaného interview pro každou položku. Většina psychiatrické péče, poskytované nemocným s BP, souvisí s depresivní symptomatikou.

AD mohou vést ke zhoršení. V randomizovaných studiích nebylo prokázáno, že by byla účinnější než stabilizátory nálady. Nová data potvrzují akutní a profylaktický efekt valproátu u pacientů s bipolární depresí. V léčbě bylo zdůrazněno, že tricyklická antidepresiva mají vyšší riziko přesmyku a byla citována studie, ukazující, že kombinace stabilizátorů nálady s AD nebyla účinnější než jejich kombinace s placebem (Sachs G. et al., 2007) a jejich užití korelovalo s rozvoje mánie. V akutní (krátkodobé) léčbě byla prokázána účinnost lithia, valproátu, lamotriginu, kombinace olanzapinu a fluoxetinu a monoterapie quetiapinem. Jsou zmíněny nejnovější studie, podporující efekt valproátu, je shrnut efekt lamotriginu (ve 4/5 placebem kontrolovaných studiích se lamotrigin neliší od placebo v primárních výstupech, sekundární výstupy hovořily ve prospěch lamotriginu) a rekapitulovány studie s kombinací olanzapinu a fluoxetinu (Tohen M., 2003) a monoterií quetiapinem (Calabrese J. R. et al., 2005). Zmíněny jsou také dvě úspěšné studie s pramipexolem, dopaminovým agonistou, jako přídatné terapie ke stabilizátorům nálady vůči placebo.

Pro udržovací léčbu je doporučováno lithium, valproát a lamotrigin. V nedávné metaanalýze udržovacích studií byla nalezena redukce relapsu deprese vůči placebo na valproátu 60%, lamotriginu 23%, lithiu 16% a olanzapinu 22% (Smith, L. A., 2007).

Suicidalita u BP

Stanovení rizika a prevence suicidia je jedna z hlavních úloh psychiatrů a poskytovatelů péče o psychicky nemocné. Suicidální chování je velmi časté. S vysokým rizikem suicidálního jednání je spojena deprese, smíšené rysy, komorbidita a převažující depresivní polarita, rodinná anamnéza, diagnostický podtyp (BP II) a předchozí suicidální pokusy.

Přednášející se detailně zabývali klasifikací a stanovením suicidálního jednání. Celoživotní riziko u BP je nejvyšší vzhledem k ostatním psychic-

kým poruchám (23,4%). Za relevantní predikátory je považován věk při začátku onemocnění, míra beznaděje dle Beckova dotazníku, předchozí suicidální pokusy a převažující depresivní polarita (Valtonen H., 2006). Dle nedávné metaanalýzy lithium může působit protektivně (Baldessarini R. et al., 2006). Nejvyšší riziko suicidálního jednání je u neléčených nemocných s BP a bylo zdůrazněno vysoké riziko při vysazení lithia.

Tělesná komorbidita u nemocných s BP

Poslední modul se zabýval somatickým stavem nemocných s BP. Nemocní s BP mají vyšší riziko somatické morbidity a mortality, hlavně pro kardiovaskulární onemocnění. Je u nich vysoká prevalence rizikových faktorů jako u ostatních psychicky nemocných. Mechanismy účinku jednotlivých atypických antipsychotik jsou spojeny se zvýšeným rizikem váhového přírůstku, dyslipidemií a hyperglykemií. Psychiatrii mohou úspěšně redukovat rizikové faktory monitorováním, včasnou intervencí a volbou léků s nižším potenciálem pro

rozvoj nežádoucích metabolických účinků.

K nemodifikovatelným rizikovým faktorům pro rozvoj kardiovaskulárního onemocnění u psychicky nemocných patří nepochybně pohlaví, pozitivní rodinná a osobní anamnéza, věk a etnicita. Naopak k modifikovatelným rizikovým faktorům patří obezita, kouření, hyperglykémie, hypertenze, dyslipidémie

Byl opakovaně zaznamenán vysoký výskyt metabolického syndromu u nemocných s BP, rozdíly ve výskytu jsou podmíněny hlavně použitou definicí. Je doporučováno sledovat laboratorní kritéria na začátku léčby, po 3 měsících a po roce.

Všechna témata byla prospěšná, velmi si cením poskytnutých edukačních materiálů, které lze použít pro pre- a postgraduální výuku. Poděkování firmě Sanofi-Aventis, že umožnila i českým psychiatrům účast na tomto edukačním programu.

Prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

Ve dnech 3. 9 - 5. 9. 2009 se uskuteční

XVI. ročník Psychoanalyticko-psychoterapeutického symposia

v Opočně pod Orlickými horami.

Téma letošního symposia je

Dětství, trauma a identita

Účastnický poplatek CZK 500,-, studenti CZK 400,-.

Zájemci o zajištění ubytování mohou kontaktovat

Institut aplikované psychoanalýzy - sekretariát, tel.: 233 340 305.