

Demence a deprese, vztahy těchto nemocí a léčba deprese u demence



MUDr. Jiří Konrád
PL Havlíčkův Brod

22.9.2011

Úvod

✓ Máme-li DEMENCI nebo DEPRESI ve stáří poznat, MUSÍME NA NĚ MYSLET.
Bývají často přehlédnuty.

✓ Demence ani deprese nepatří osudově ke stáří, není normální být dementní a smutný.

✓ Demence a deprese zvyšují celkovou morbiditu a mortalitu nemocných a jsou léčitelné.

✓ Demence a deprese se někdy vyskytují
současně

✓ Deprese někdy imituje demenci –
DEPRESIVNÍ PSEUDODEMENCE.

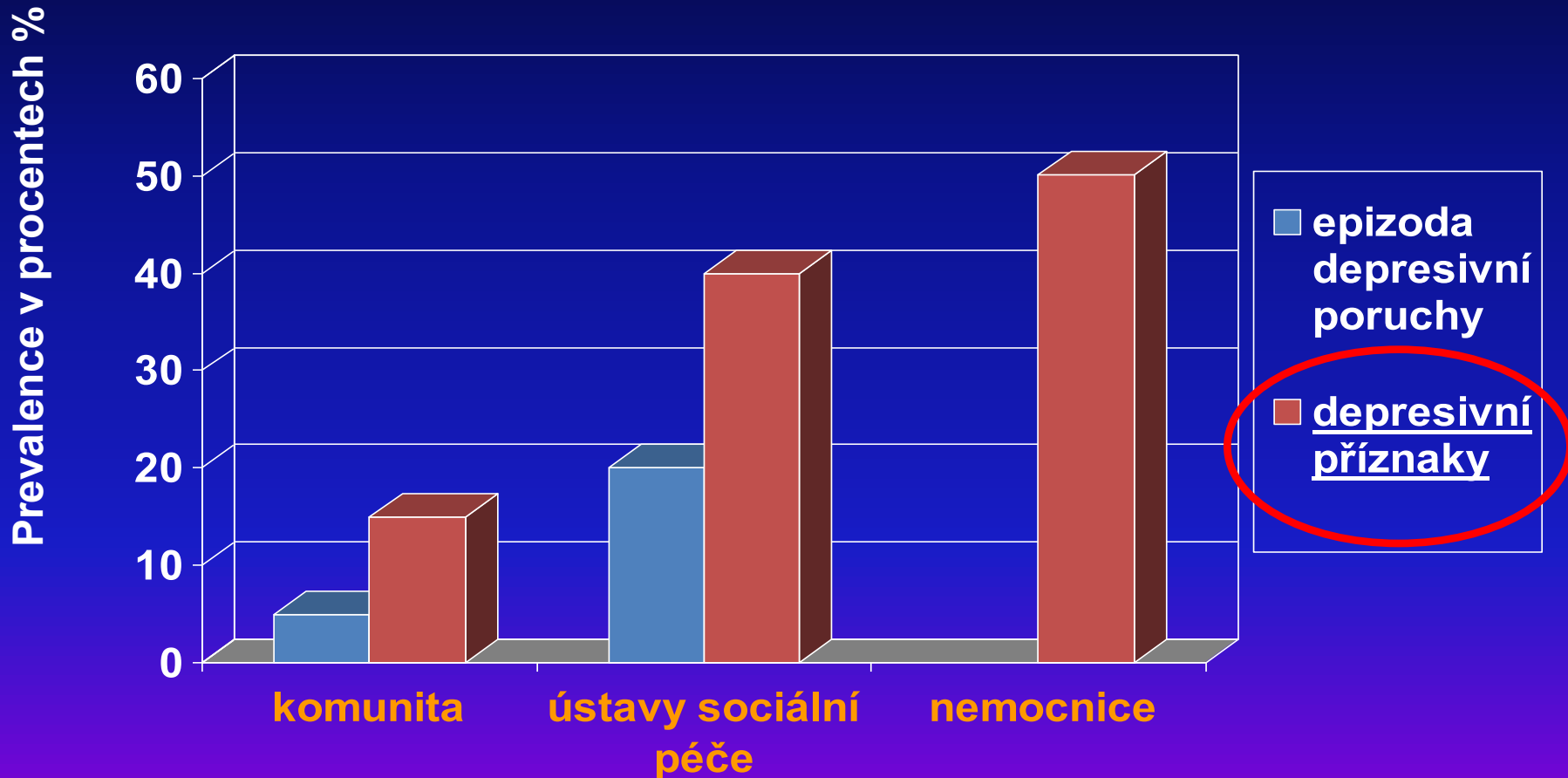
Úvod – opakování - gerontopsychiatrie

4 D

- Demence (BPSD)
- DEPRESE + **anxieta**
- Delirium
- Drug dependency

Bohužel
někdy
vše
dohromady
u jednoho
nemocného

Úvod - prevalence deprese v populaci nad 65 let věku. Komunita x ústavy.



Obsah sdělení:

- Epidemie demencí,
vztah demence a deprese
- Klinický obraz deprese ve stáří,
depresivní pseudodemence
- Možnosti léčby deprese u demence
– literatura
- Souběh deprese a demence –
vlastní zkušenosti - KAZUISTIKY

Epidemie demencí je zde !!!

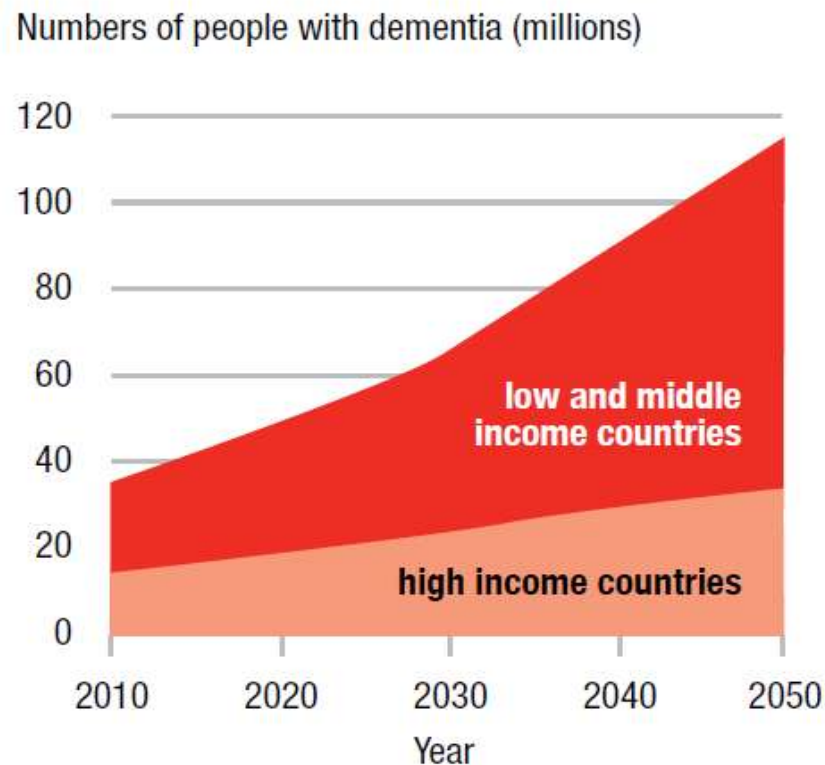
Pochmurné vyhlídky:

V současné době žije
na světě
asi 36 milionů lidí
nemocných demencí.

Odhad pro rok 2030 je
65 milionů dementních.

Odhad pro rok 2050 je
115 milionů dementních.

Figure 1 The growth in numbers of people with dementia in high income countries and low and middle income countries



Alzheimer's Disease International
World Alzheimer Report 2010

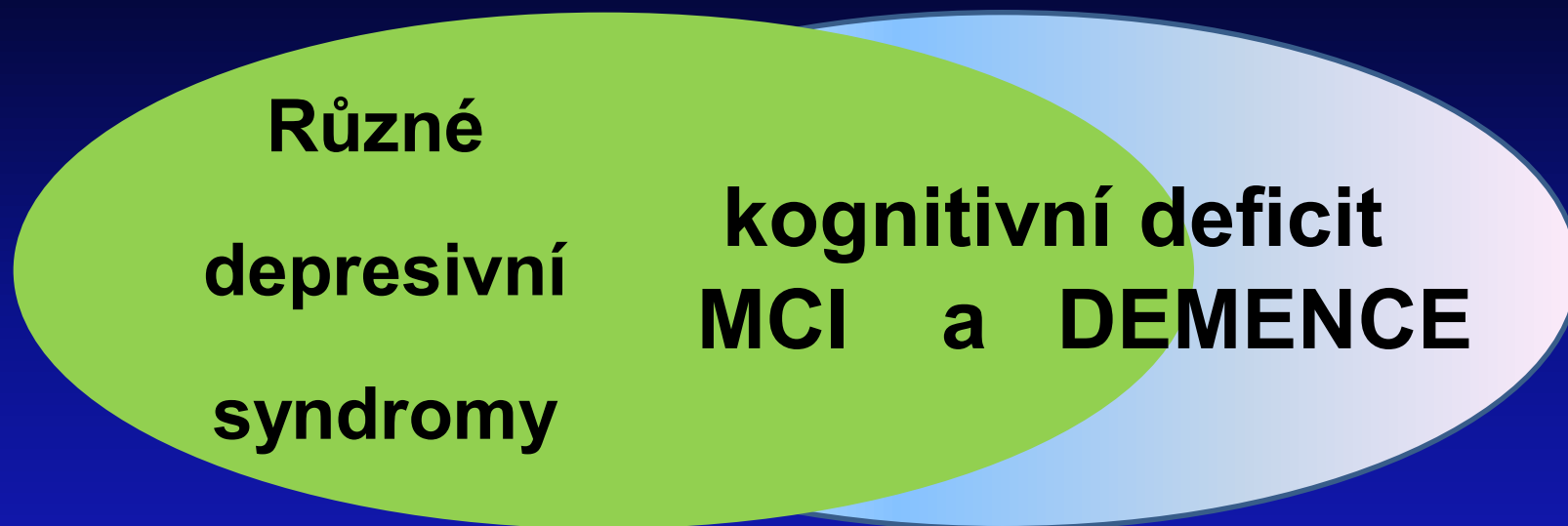
Vztah demence a deprese ve stáří

- Deprese ve vyšším věku bývá uváděna jako rizikový faktor rozvoje demence. Studie na všeobecné populaci to však nepotvrdila. V této populaci také není deprese tak častá jak se traduje – ve srovnání s mladším a středním věkem.
- 1/3 až 1/2 starých depresivních nemocných trpí současně demencí.
- **Vše často komplikuje neurosomatická polymorbidita.**
- V průběhu demence až 2/3 pacientů onemocní depresí.

Lyketsos CG: The interface between depression and dementia: Where are we with this important frontier? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 February ; 18(2): 95

Becker JT et al: Depressed Mood is not a Risk Factor for Incident Dementia in a Community-Based Cohort. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 August ; 17(8): 653–663

Vztah demence a deprese ve stáří



- Deprese u demence často nespĺňuje dg. kritéria pro depresi dle MKN 10. Nacházíme „depresivní příznaky“.
- Diagnostika přítomnosti či nepřítomnosti kognitivního deficitu u seniorů s depresí je někdy obtížná až nemožná.
 - Diagnostika depresivního syndromu u demence je také obtížná, ale nikoliv nemožná.


Vztah demence a deprese ve stáří

Vyústění deprese ve stáří – metaanalýza

(do 23 měsíců /24 a více měs.):

- **Úzdrava** (44% / 27%)
 - **Rekurence a úzdrava** (16% / 32%)
 - **Chronický průběh** (22% / 14%)
 - Přechod do demence, úmrtí (22% / 31%)
- } 60%

Vztah demence a deprese - diagnózy

- **Deprese u demence** (cave pseudodemence)
 - Smíšená úzkostně depresivní porucha
 - **Organická afektivní porucha**
 - Rekurentní depresivní epizody
 - Porucha přizpůsobení
 - Podprahová depresivní porucha
 - Bipolární porucha
 - Schizoafektivní porucha depresivní typ
 - Dysthymie
 - „Double depression“
- 
- + -
kognitivní
deficit

Klinický obraz deprese ve stáří

- **Stížnosti na smutek méně časté**
- **Excesivní zaujetí tělesnými potížemi, až obsedantního charakteru**
- Aktuálně „nové“ tělesné stesky (cave chronicita průběhu)
- Náhle vzniklá anxieta nebo obsedantní příznaky
- „Změna osobnosti“ nemocného - poruchy chování neodpovídají premorbidní osobnosti pacienta
- Kognit.dysfunkce, často zdůrazňovaná - pseudodemence
- Pokusy o sebepoškození

Jak můžeme diferencovat depresivní pseudodemenci od demence ?

✓ Kritéria jsou klinická. Zatím se nejvíce osvědčila klinická dif.dg. kritéria depresivní pseudodemence a demence podle Ch.E.Wellse (1979)

Tato kritéria zahrnují:

1. Klinický průběh a anamnézu
2. Stesky nemocného a klinické chování
3. Manifestace paměťové, kognitivní a intelektové dysfunkce

Zkrácená klin.dif.dg. depr. pseudodemence a demence podle Ch.E.Wellse (1979)

1. Klinický průběh a anamnéza:

- ✓ Rodina si bývá vědoma dysfunkce a závažnosti
- ✓ Začátek může být datován
- ✓ Krátkodobé trvání příznaků před lékařským zásahem
- ✓ Rychlá progrese příznaků
- ✓ Častá psychiatr.anamnéza
- ✓ Rodina si nebývá vědoma dysfunkce a tíže
- ✓ Začátek plíživý, obtížně přesněji datován
- ✓ Dlouhé trvání příznaků před lékařským zásahem
- ✓ Pomalá progrese příznaků
- ✓ Nebývá psychiatrická anamnéza

Zkrácená klin.dif.dg. depr. pseudodemence a demence podle Ch.E.Wellse (1979)

2. Stesky a klinické chování

- ✓ Často velké stížnosti na kognitivní postižení
- ✓ Zdůrazňování neschopnosti
- ✓ Obvykle silný výraz nepohody
- ✓ Ztráta sociálních dovedností časná a výrazná
- ✓ Chování často není kongruentní se závažností kognitivní dysfunkce
- ✓ Obvykle malé stížností na kognitivní postižení
- ✓ Zatajování neschopnosti
- ✓ Obvykle nevyhlížejí znepokojeně
- ✓ Sociální dovednosti často jsou zachovány
- ✓ Chování obvykle je kongruentní se závažností kognitivní dysfunkce

Zkrácená klin.dif.dg. depr. pseudodemence a demence podle Ch.E.Wellse (1979)

3. Paměťová, kognitivní a intelektová dysfunkce

- ✓ Pozornost a koncentrace často dobře zachovány
- ✓ Častá odpověď „nevím“
- ✓ V orientaci často „nevím“
- ✓ Recentní p. a staropaměť postiženy stejně
- ✓ Výrazná variace v odpovědích na otázky podobné obtížnosti
- ✓ Pozornost a koncentrace obvykle postiženy
- ✓ Časté odpovědi „těsně vedle“
- ✓ V orientaci často záměna neobvyklého za běžné
- ✓ Recentní p. postižena závažněji než staropaměť
- ✓ Konzistentně špatné odpovědi na otázky podobné obtížnosti

Možnosti léčby deprese u demence - literatura



**Psychiatr Malik – „V psychiatrii napřed léčíme,
až potom děláme diagnózu“.**

(Samuel Shem – román „Hora Hoře“, v orig. „Mount Misery“)

Možnosti léčby deprese u demence

- literatura

- **Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4): The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. Bains J, Birks JS, Dening TR. :**
 - Data poskytují slabou podporu pro účinnost AD při léčbě deprese u demence. Do metaanalýzy bylo možno zařadit jen 3 RCTs a počty subjektů jsou nízké. Dvě studie sledovaly účinnost tricyklických AD, která jsou u demencí pro NÚ nevhodná. Třetí studie sledovala účinnost SSRI (Lyketsos 2000). Ukázala ve dvou parametrech **příznivý efekt SSRI** a významný rozdíl ve výskytu NÚ ve prospěch placeba. Závěr: Přehled je pozoruhodný především zjištěním chybějícího výzkumu a vědecké evidence v této oblasti.
- **Modrego P.J.: Depression in Alzheimer's Disease. Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. J Alzheimers Dis. 2010 Aug 6. Metaanalýza studií.**
 - Jen 7 malých RCTs s antidepresivy u pacientů s Alzheimerovou demencí a depresí: 4 se sertralinem a po jedné s fluoxetinem, imipraminem a clomipraminem. Počet zařazených subjektů byl 318.
Závěry: tricyklická antidepresiva a SSRI jsou lepší než placebo při léčbě deprese u Alzheimerovy demence. Výsledky byly signifikantní ve 2 studiích, nesignifikantní ve 4. Velikost účinku je celkově skromná („modest“).

Možnosti léčby deprese u demence - literatura

- Expert opinion :

Jirák R.: Specifika farmakoterapie v gerontopsychiatrii.
Psychiatrie pro praxi 2010;11(2): 52-55

Čím (ne) můžeme depresi v seniu léčit ?

- Nevhodná jsou antidepresiva s anticholinergním účinkem – „tricyklicka“ a některá další (maprotilin, viloxazin).
- **Antidepresivy první volby u seniorů jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu.**
- Nejbezpečnějšími přípravky jsou citalopram, escitalopram a sertralin.
- Je možno použít i antidepresiva IV.generace milnacipran, mirtazapin (může působit nežádoucí ospalost) a venlafaxin (může excitovat).
- Z dalších AD je výhodný tianeptin a někdy trazodon (především k úpravě spánku). Dobře je tolerován reverzibilní IMAO moclobemid.

Možnosti léčby deprese v seni - vlastní praxe

- Jako léky první volby používám antidepresiva ze skupiny SSRI.
- Anxietu a poruchy spánku dobře ovlivňují mirtazapin, trazodon a tianeptin. Efektivní a tolerovaný i u těžších depresí je venlafaxin.
- Antipsychotika u melancholie s psychotickými příznaky (olanzapin, risperidon, quetiapin, melperon).
- Velmi efektivní je elektrokonvulzivní léčba u farmakorezistentních pacientů a při ohrož. života u těžké deprese i při kognit.deficitu *.
- Při rekurenci posilujeme thymoprofylaxi lithiem, antipsychotiky 2. generace nebo antiepileptiky podobně jako při augmentaci léčby u rezistentní deprese, ale opatrněji než u mladších nemocných.

1. kazuistika – souběh bipolární poruchy a (depresivní pseudo-)demence – 1.část

73-letá žena, přeložena 14.zářím 2010 z neurologie pro deliriosní stavy, neklid, snažila se utíkat z lůžka, křičela na spolupacientky, že je zabije. Na CT mozku jen leukoaraiosa, jinak norm.nález, nezjišť.atrofie. Při převozu se prala a křičela, že všichni zahynou. Špatný kontakt, neodpovídala na dotazy. Chodí jen s pomocí.

Neurologicky léčena pro parkinsonismus levodopou a biperidenem (Akinetonem).

V anamnése deprese před 50.rokem života, léčena ambulantně amitriptylinem, potom TS amitriptylinem, 2x léčena v PL (1989,1990) po TS jako involuční deprese, i ECT, přesmyk do mánie a týž rok za 2 měsíce znovu jako reaktivní deprese, opět ECT, zlepšena, dimise. Ambulantně Amitriptylin 25mg dlouhodobě.

NO: V červnu 2010 konstatovaná neuroložkou dyscirkulační encephalopatie s ES a progredující demence. Doma byla depresivní, málo jedla, nechutnalo jí, hubla.

Průběh: Na oddělení neklidná, asi tranzitorně deliruje. Křičí – „šmejdi, lupiči, vrazi, pusťte mě...“. Negativistická, odmítá jíst. I další dny odmítala jídlo, obviňovala personál, že zabil její děti i jí. Hodnoceno jako susp. melancholické bludy. Byla vysazena levodopa a Akineton. Klidněna quetiapinem, trazodonem. I potom tvrdila, že dcera je zabitá, ona se má špatně, odmítala komunikaci, negativistická, apatická. Orientaci nešlo posoudit, neodpovídá. K medikaci mirtazapin.

1. kazuistika – souběh bipolární poruchy a (depresivní pseudo-)demence – 2.část

Průběh, pokračování: Na začátku října deliria odezněla, byla již klidnější, quetiapin 500mg, mirtazapin 45mg. Občas i sdělila, že se má dobře !!!

Koncem října opět zhoršení, neodpovídá na dotazy, zavřená ústa, tvrdí, že jídlo není její. Musí být krmena, sama nejí. V noci opět křičela, že je tam vrah. K dosavadní medikaci citalopram 20mg, dále negativistická, aspontánní, obraz deprese a demence. Od 9.11. k dosavadnímu risperidon 1mg.

Koncem listopadu v noci opět stavy neklidu. Volá : „Nech mě, kouká na mě...“. Místo mirtazapinu trazodon večer. Přechodně klidnější, ale pak znovu negativistická. Má strach o rodinu. Místem orientovaná, časem nikoliv.

Od 9.12. zvýšen risperidon na 2mg a k dosavadnímu venlafaxin 75...150mg SR forma. Citalopram vysazen. Poté se stav nemocné již lepší, jí sama, odpovídá na dotazy, vymizel negativismus i strach o rodinu, v noci spala. Sama sdělí, že má lepší náladu. MMSE 24 bodů. Medikace: quetiapin 350mg, risperidon 2mg, trazodon 150mg nocte, venlafaxin SR 150mg.

V zimě 2011 pro zvýšenou svalovou rigiditu místo risperidonu olanzapin 5mg, venlafaxin zvýšen na 300mg, quetiapin jen 100mg. Stav byl stabilní, v červnu 2011 přeložena do DD.

2. kazuistika – deprese u demence, histrionská osobnost – 1.část

67-I. žena 15 let vdova, matka dvou dcer, 3 roky v dom. důchodců. Nyní 7.hospitalizace na psychiatrii. 1.pobyť 1994 pro depres. reakci, přistižena při krádeži v obchodě. Pak od r. 2005 3x opak. hospitalizace na nemocničním psychiatr. odd. v průběhu půl roku pro anx.-depresivní poruchu u histrionské osobnosti. Opakované TS léky. Psychologické vyš.: průměrný intelekt a dekompenzace histrionské osobnosti.

RA: Otec nadužíval alkohol. OA: V dětství byla zdravá, měla vždy komplexy. Základní vzdělání. Pracovala v kanceláři a jako kuchařka. V somat. anamnese chronická pancreatitida, substituovaná hypothyreosa, CHOCHBP, hypertenze.

V PL H.Brod poprvé od června 2006 do června 2007. Zjištěn kognitivní deficit u histrionské osobnosti, hypochondrický sy, anxiety. TS vypitím šamponu. V listop. 2006 fr. femuru, operace, zvládla rehabilitaci chůze. Medikace AP risperidon, olanzapin bez efektu, nakonec klonazepam (Rivotril) proti anxietě, melperon (Buronil). Při této medikaci relativně komp. stavu, ale cítí se dále „blbě“, slabá, unavená. Byla propuštěna do DD Náchod.

2. kazuistika – deprese u demence, histrionská osobnost – 2.část

Další hospit. od května do října 2010. Odeslána jako těžká dekomp. smíš. poruchy osobnosti a rozvíjející se demence. Navíc risperidon 1mg.

Negativistická, katatonní projevy. Není orientovaná časem. Neurol. sval. rigidita, semiflekční držení končetin, hypomimie, chůze bez souhybů. Prac.dg.: Demence, susp.depresivní sy, histrionská osobnost. CT mozku – norm. nález. DAT Scan nesevďčí pro Parkinsonovu nemoc.

Léčba: Mirtazapin 30..60mg, quetiapin 100..300mg. Pac. část. zlepšena, ale dále polehává na stole, stěžuje si na špatné dýchání. Hltavě jí a stydí se za to. Jen mírné zlepš., MMSE 20 bodů. V srpnu a v září 10 x ECT. Trochu živější projev, ale tvrdí že vůbec nespí. MMSE 19 bodů. Místo mirtazapinu venlafaxin 225mg, pro anxieta místo klonazepamu alprazolam 2x0,5mg. Došlo k výraznému zlepšení stavu, cítila se lépe. 13.10. 2010 propuštěna do DD. Uzavíráno jako v.s. rekurentní deprese, v.s. incip.demence u premorbidně histrionské osobnosti.

Rehospitalizace 13.12.2010 pro návrat deprese s negativismem, odmítáním jídla, chce umřít. V dalším průběhu 21x ECT, od léta stabilizovaný stav, propuštěna zpět do DD 8.9.2011, quetiapin 200mg, alprazolam 3x0,5mg.

3. kazuistika – deprese u demence

1.část

75-letá žena ruské národnosti doporučena k přijetí do PL Havl.Brod z psychiatr. ambulance pro delirium nasedající na demenci u Alzheimerovy nemoci v lednu 2010.

RA: Pochází od Uralu. Otce jí zabili v r.1937 při stalinských čistkách. Matka se dožila 96 let.

OA: Vdaná od 20-ti, 3 roky vdova. Dva synové. Pracovala v textilním podniku jako vedoucí stříhárny. Poruchy paměti začaly ještě v Rusku, když jí bylo asi 70 let. Poslední tři roky žila u syna v ČR. V noci křičela, hned zapomínala, že jedla. Schovávala použitý toaletní papír, bezmocná...

V PA léčena pro Alzheimerovu demenci od prosince 2008 - stále něco hledá, v noci vidí postavy, mluví si nesrozumitelně pro sebe. Stále chtěla domů. Orientovaná pouze vl. osobou, jinak desorientovaná, vše zapomněla. Klidněna úspěšně Tiapridalem, později i Buronilem, ale již bez účinku.

3. kazuistika – deprese u demence

2.část

Průběh: V lednu úzkostná, v noci delirovala. Ordinován melperon 50mg večer, tiaprid až 500mg, trazodon 50mg. Pro depresivní mimiku a pláč k dosavadnímu citalopram 10..20mg. V únoru dále plačtivá, úzkostná, po zvýšení trazodonu na 2x50mg byla během dne somnolentní, znovu jen 50mg trazodonu. Sděluje, že je jí „plocho“, žádá pomoc. Místo citalopramu ordinován mirtazapin 15..30mg a oxazepam 2x5mg. V polovině března opět stavy nočního neklidu, zvýšen trazodon na 150mg večer.

V dalším průběhu v r.2010 již byla klidná, dobře laděná. Nedelirovala, v noci většinou spala. Odpovídala „Vsjo charašo, ničevo nětrebujem. Balšoje vam spasíbo“. Po půl hodině již nevěděla, že snídala, kde je a kolik je jí let, demence pokročilá, během r.2010 až zimy 2011 progredovala.

Medikace: Tiapridal 100mg 0-0-2, Trittico AC 150mg 0-0-1, Mirtazapin 30mg 0-0-1, Oxazepam 5-0-5mg.

Pacientka zemřela v březnu 2011 po náhlém zhoršení tělesného stavu za příznaků subileočního stavu a bronchopneumonie.

Souhrn 1

- Diagnostika deprese v přítomnosti kognitivního deficitu (demence či „pseudodemence“) je obtížná.
- Literárních údajů o léčbě deprese u demence je velmi málo a vypovídací hodnota je velmi nízká.
- Praxe ukazuje, že léčba depresivního syndromu u seniorů může být úspěšná, a to i v přítomnosti demence.
- Musíme ovšem počítat i s neúspěchy a s častou rekurencí obtíží.

Souhrn 2

- Tricyklickým antidepresivům se u starších osob vyhýbáme (pozor na anticholinergní NÚ).
- Nejbezpečnějšími přípravky jsou citalopram, escitalopram a sertralin.
- Je možno použít i antidepresiva IV.generace mirtazapin a venlafaxin.
- Z dalších AD je výhodný tianeptin a někdy trazodon.
- Velmi efektivní je elektrokonvulzivní léčba u těžké deprese i při nehlubokém kognit. deficitu *.

Závěr – „poselství“

- ✓ „ZA VŠÍM HLEDEJ DEPRESI ! POKUD ALE NEVÍŠ, JAK VYPADÁ, NENAJDEŠ JI !“
 - ✓ Diagnóza deprese je vždy klinická !
- ✓ Teprve druhotná je otázka, zda pacient trpí i kognitivním deficitem – to můžeme posoudit po odeznění deprese.
- ✓ Léčba deprese bývá často snadná (cave resistantní deprese)
 - ✓ Člověk ve stáří může a měl by žít bez deprese, i když trpí současně demencí !!!



**Děkuji vám
za pozornost**