Komorbidity a kognitivní porucha – jak postupovat v praxi?

Tereza Uhrová

Psychiatrická klinika
Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd
Universita Karlova v Praze,
1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Kde může být kognitivní deficit?

- F 0- organické duševní poruchy
  - Demence
  - Delirium
  - Organické afektivní/psychotické poruchy
  - Organické psychosyndromy
- Závislosti – alkohol, jiné látky
- Schizofrenie
- Afektivní poruchy
  - Deprese
  - Mánie
- Mentální retardace

Jaké mohou být komorbidity?

- **Somatická komorbidita**

  kardiovaskulární (↑CMP), respirační, krevní, ORL, GIT, oční, urogenitální, muskuloskeletální, neurologické, endokrinní, metabolické

- **Psychiatrická komorbidita**

  deprese, alkohol (protektivní faktor vs. symptomatický abusus) a nealkoholové drogy, BPSD, poruchy osobnosti….

Key points I - studie

- klinické studie zaměřené na starší populaci mají typické „exclusion criterium“: somatické komorbidity
- charakteristiky MCI souborů jsou „pozměněné“ - vyloučení komorbidity zjevně vylučuje většinu populace s MCI
- přísná vstupní kritéria mohou vést ke zkreslenému popisu MCI a snížení možnosti generalizace výsledků

Key points II - klinika

- ↑ kognitivního n. funkčního deficitu po akutní epizodě nemoci (respirační n. močová infekce) nebo chirurgickém zákroku
- zdravotní komplikace vyžadující hospitalizaci = rizikový faktor progrese z pre- do klinického stádia AN
- komorbidita častou příčinou zmatenosti
- ↑ délka hospitalizace při komorbiditě bez ohledu na příjmovou dg. ⇨ další ↓ kognice a celkového stavu

Key points III

- somatická komorbidita u pac. s kognitivním deficitem poddiagnostikována
- komorbidity signifikantně ↓ nezávislost pac. s demencí a ↓ terapeutické výsledky
- výsledkem i vyšší náklady na péči

Navzdory řečenému…

- …. je málo známo o komorbiditě u demence
- …. je minimum studií o prevalenci komorbidity u demence a jejím vlivu na kognici a denní fungování
- ….dostupné studie navíc docházejí k rozdílným výsledkům
  - Cache County Study, 2004: pacienti s těžkou demencí mají vyšší komorbiditu
  - Sibel Tekin et al., 2001: nízká korelace mezi funkčním zhoršením pac.s demencí a somatickou komorbiditou

Proč se o komorbiditu zajímat?

- ↑ riziko špatného terapeutického postupu, pokud potíže souvisí i s jiným než „cílovým“ onemocněním
- zcela zřejmé a rutinní v klinické praxi
- zcela ignorováno v klinických studiích

v době vyžadování EBM ???

The Cache County Study Lyketsos 2004

Cache County Dementia Progression Study

Leoutsakos et al, 2012

- ↓ rozdíly mezi počtem a typem komorbidity u MCI vs demence
- u dementních ↑ medikace
- závažnost komorbidity ⇨ ↓ každodenního fungování a kognice

- využití komplexních měření a indexů postižení(General Medical Health Rating GMHR) je **citlivějším nástrojem** než pouhý součet komorbidit a medikace

Cumulative Illness Rating Scale For Geriatrics

1. SRDCE
2. CÉVNÍ SYSTÉM
3. KREV/LYMFA
4. RESPIRAČNÍ SYSTÉM
5. OČI, UŠI, NOS, KRK, LARYNX
6. HORNÍ GIT
7. DOLNÍ GIT
8. JÁTRA
9. LEDVINY
10. UROGENITÁLNÍ SYSTÉM
11. MUSKULOSKELETÁLNÍ, KOŽNÍ
12. NERVOVÝ SYSTÉM
13. ENDOKRINNÍ/METABLICKÝ
14. PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ

- arbitrární zařazení nemocí zasahujících do více systémů

Výsledkem 5 domén:

1. celkový počet nemocí/dg.kategorií
2. celkové skóre CIRS-G
3. index závažnosti (celkové skóre/celkový počet dg.)
4. počet kategorií se závažností 3
5. počet kategorií se závažností 4

Zdravotní stav je potenciálně **ovlivnitelným rizikovým faktorem**

Komplexní medicínská péče

⇨ zlepšení kvality života nemocných

⇨ snížení zátěže pečovatelů

⇨ snížení nákladů

Výzkumné cíle:
-realistické složení souborů MCI/demence
-systematický výzkum vlivu komorbidity
⇨ EBM management

Klinické cíle:
-potřeba **„ústředního koordinátora“**
⇨přehled o všech dg. postupech
⇨přehled o všech léčebných intervencích