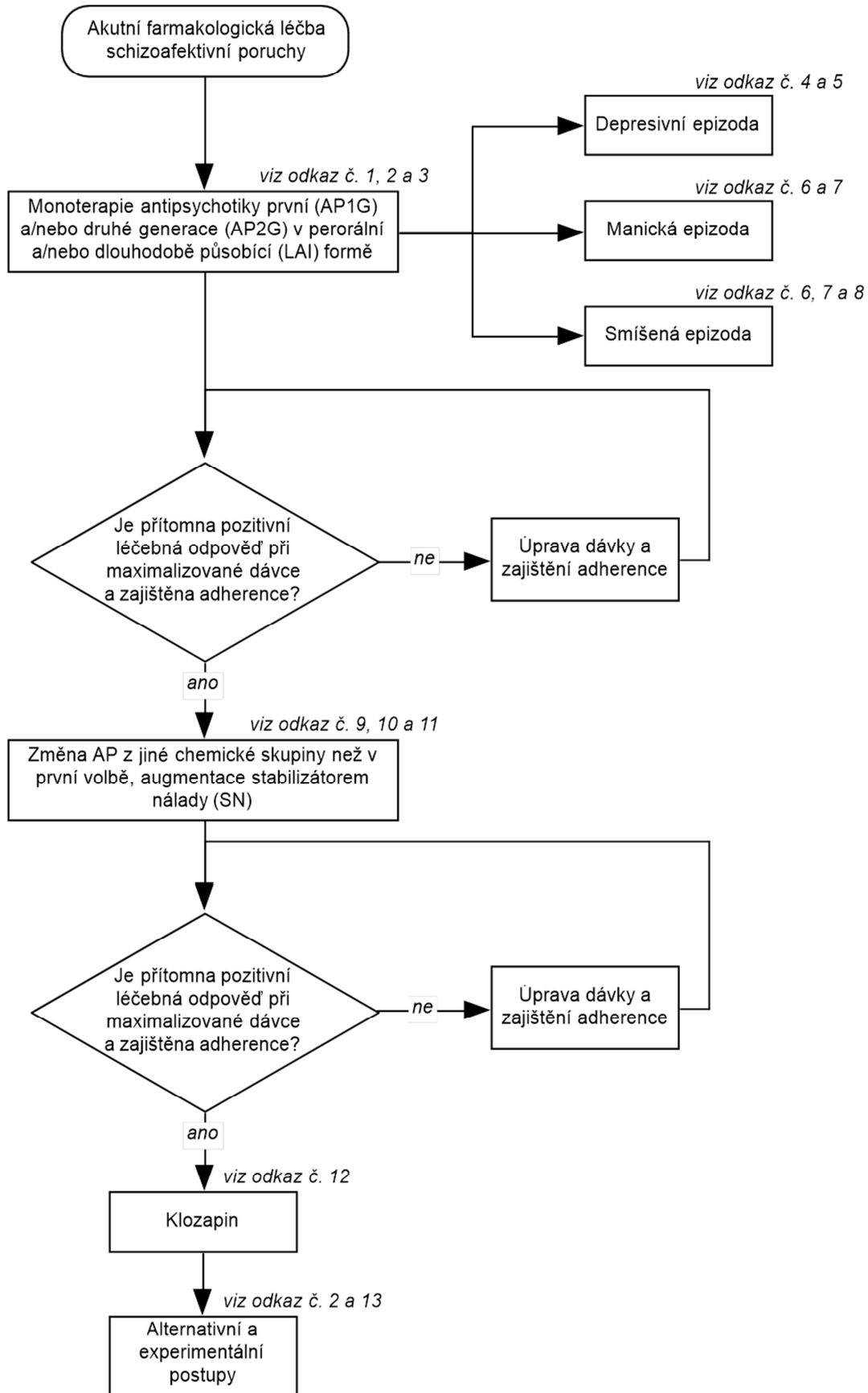
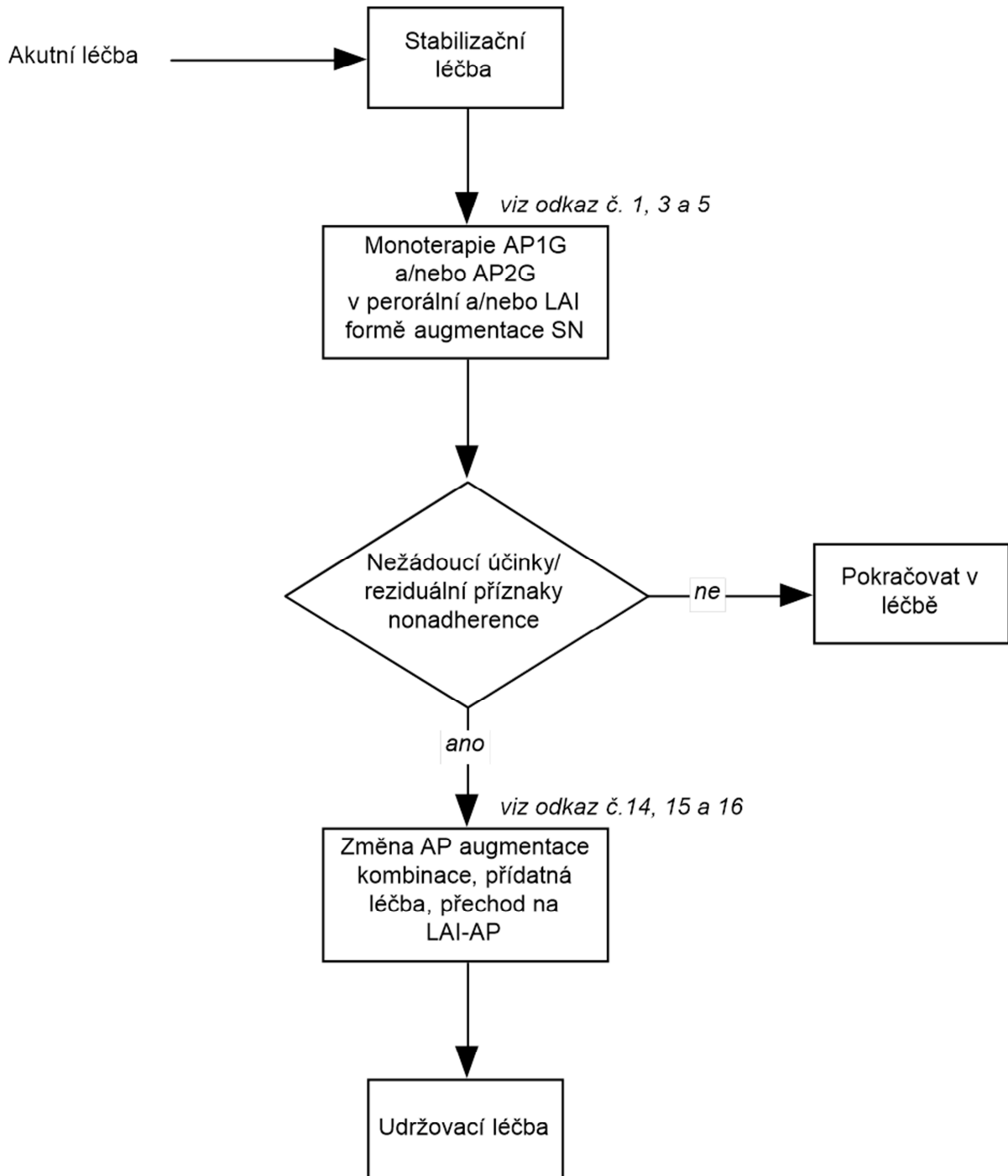


DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

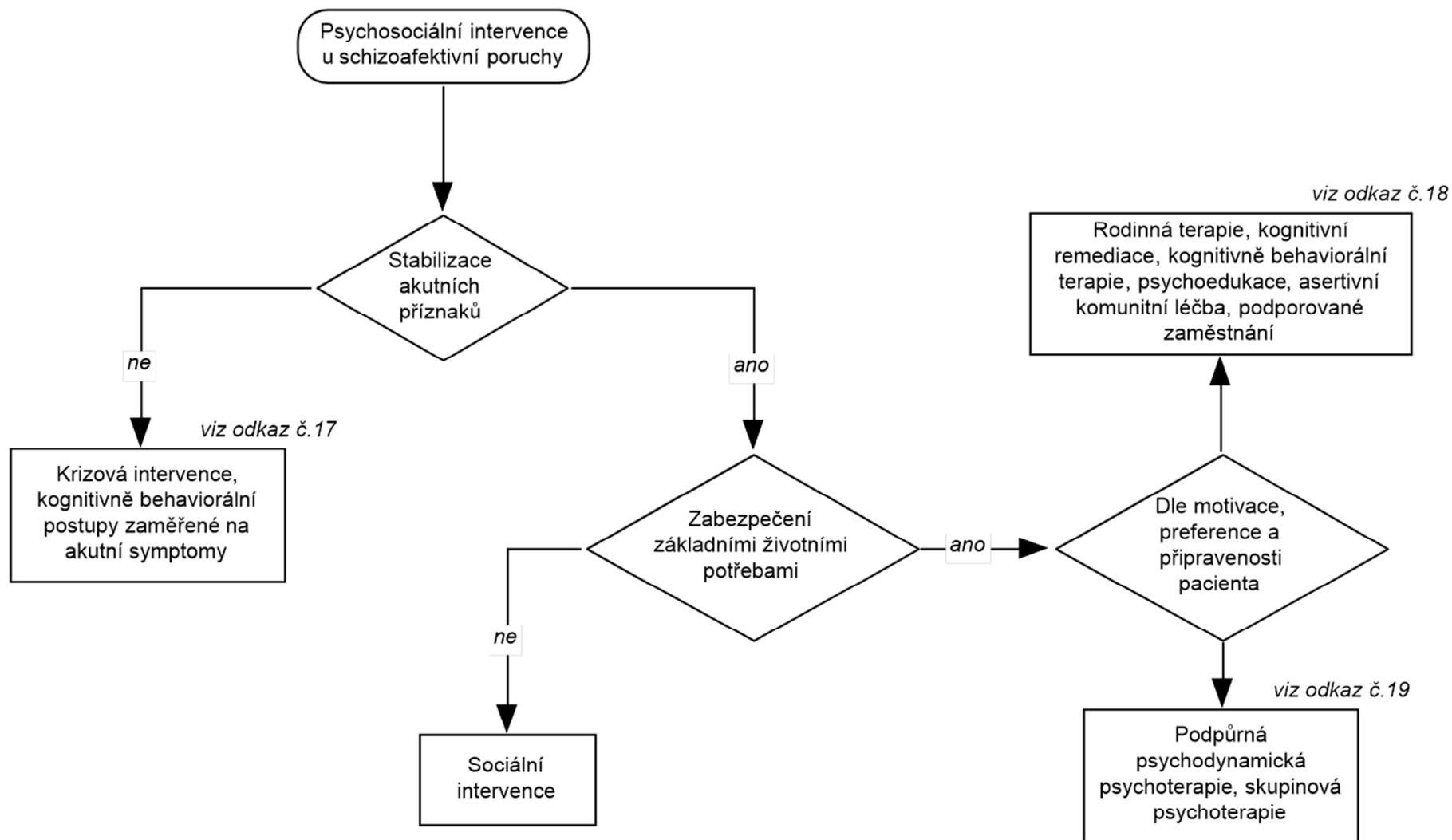


Schizoafektivní porucha

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



Schizoafektivní porucha



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Komentář k algoritmu

Schizoafektivní porucha

Autoři: Klára Látalová, Dana Kamarádová

Garant: Klára Látalová

Oponent: Martin Anders

Odkaz č. 1

Antipsychotika mohou být stejně účinná a tolerovatelná u pacientů se schizoafektivní poruchou, jako u pacientů se schizofrenií. Dle kontrolovaných studií jsou pouze perorální ER paliperidon, LAI paliperidon a risperidon účinné a bezpečné při snižování psychotické i afektivních složky schizoafektivní poruchy. Paliperidon ER a LAI jsou být účinné jak u akutně nemocných pacientů s prominentními afektivními příznaky, tak ve fázi udržovací léčby. Jiná AP2G a některá AP1G mohou mít podobnou účinnost.

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 2

Doporučená volba jednotlivých AP pro akutní léčbu opakovaných epizod schizoafektivní poruchy (bez ohledu a typ fáze). Řazeno dle síly důkazů ověřené účinnosti: Paliperidon ER, paliperidon LAI, risperidon, aripirazol, ziprasidon, klozapin, olanzapin, flufenazin, perfenazin, haloperidol, quetiapin, amisulprid, sertindol, zotepin.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 3

Pacienti s první atakou nemocnění schizofrenního spektra vykazují větší odpověď na léčbu a současně vyšší náchylnost k nežádoucím účinkům AP ve srovnání s pacienty s chronickým průběhem onemocnění. Měli by být léčeni nižšími denními dávkami AP. Pro vyšší riziko nežádoucích účinků by měli být preferenčně léčeni AP2G. Pro vysoké riziko nonadherence u iniciálních stádií onemocnění schizofrenního kruhu lze doporučit nastavení LAI-AP. Klozapin není doporučen pro léčbu pacientů s prvními epizodami

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 4

Nebyl pozorován žádný statisticky významný účinek antidepresivní doplňkové léčby z hlediska zlepšení o 25%, zlepšení o 50%, remise depresivní epizody nebo ústupu negativních symptomů. Také při analýze diagnostických podskupin nebyl nalezen žádný významný efekt. Doplnění léčby antidepresivy je v klinické praxi běžné. Vždy uvažujeme o vysazení antidepresiva a jeho nahrazení stabilizátorem nálady nebo dalším



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

antipsychotikem preferenčně AP2G.

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 5

Kombinovaná farmakoterapie: Monoterapie antipsychotikem jsou méně účinné než kombinace s lithiem. Je však vždy potřeba zvážit potenciální nežádoucí účinky lithia, pacientovu tělesnou kondici, a případné užívání dalším somatických léků. Pacienti s dobrou responzí na lithium v rodinné anamnéze mají vyšší pravděpodobnost klinické odpovědi.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 6

Inhalační loxapin je účinný a obecně dobře snášen při podávání agitovaným pacientům se schizofrenií, bipolární poruchou a velmi pravděpodobně se schizoafektivní poruchou. Podávání inhalačního loxapinu však vyžaduje alespoň nějakou spolupráci pacienta a nedoporučuje se při léčbě silné agitovanosti u zcela nespolupracujících pacientů. Kromě toho musí být při léčbě inhalačním loxapinem vždy přihlédnuto k riziku vzniku bronchospasmu, které vede k pečlivému posouzení pacienta před a po podání. Měli by být zváženy vyšší náklady na inhalační loxapin.

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Odkaz č. 7

Kombinace s kyselinou valproovou by měla být rezervována pro pacienty s agresivitou, a rezistentními formami schizoafektními poruchy. U psychoticky motivované agresivity lze užít kombinaci AP a benzodiazepinu (BZD). Intramuskulární formy AP2G jsou srovnatelně účinné s haloperidolem při nižší incidenci neurologických nežádoucích příznaků. Současná vzájemná kombinace perorální a parenterální aplikace olanzapinu a BZD je riziková pro možnost útlumu dechového centra.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 8

Krátkodobá (60 dní), tak i dlouhodobá (6-12 měsíců) adherence k lékům jsou důležitými vlastnostmi, které ovlivňují míru rehospitalizací a výši nákladů na zdravotní péči. Monitorování adherence může pomoci snížit pravděpodobnost rehospitalizace a související náklady. Při žádné nebo při minimální terapeutické odpovědi by mělo být AP podáváno po dobu minimálně 3 a maximálně 6 týdnů, vždy by mělo být dosaženo maximálně tolerovaných dávek AP.

I - metaan <3 RCT nebo RCT



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Odkaz č. 9

Při částečné terapeutické odpovědi by první AP mělo být ponecháno po dobu 4 až 10 týdnů a druhé po dobu 5 až 11. Navzdory absolutnímu nedostatku pokusů prováděných specificky u populace trpící schizoafektivní poruchou byly zjištěny omezené důkazy o použití aripiprazolu, lurasidonu a v menší míře risperidonu a ziprasidonu jako možných látek pro náhradu předchozí léčby. Důkazy podporují také přechod na LAI formu risperidonu, pokud nastaly obtíže s adherencí přístupem k perorální léčbě. Vždy by měl být brán v úvahu receptorový profil antipsychotika

III-ostatní studie korelační, případové

Odkaz č. 10

Kombinace antipsychotik: i když je monoterapie preferovanou strategií léčby onemocnění schizofrenního okruhu, u farmakorezistentní formy lze zvážit kombinaci AP. Je třeba vycházet z farmakodynamických i farmakokinetických interakcí, zvýšeně monitorovat případné nežádoucí účinky.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 11

Publikováno pouze 6 studií se stabilizátory nálady pro akutní léčbu, z toho pouze dvě hodnocení splňují kriteria RCT. Karbamazepin a lithim se od sebe nijak nelišili v léčebném efektu. Adjuvantní lamotrigin ke stávajícímu antipsychotiku je bezpečný a dobře snášen. Lamotrigin má modulační účinek na glutamatergickou neurotransmisi a může být prospěšný u pacientů s obsedantně kompulzivní složkou.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 12

Klozapin je možné nasadit až jako třetí antipsychotickou volbu při neúčinnosti předchozích dvou terapeutických pokusů. U farmakorezistentní schizoafektivní poruchy je klozapin AP první volby. Je doporučeno pravidelné monitorování bílé krevní řady úrovní 18 týdnů a poté jednou měsíčně. Jako výhodné se jeví monitorování plazmatické koncentrace klozapinu. Kombinace klozapinu a parenterálně aplikovaných BZD může vést k útlumu dechového centra.

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 13

U farmakorezistentních pacientů je elektrokonvulzivní terapie účinnou a poměrně bezpečnou metodou. Topiramát účinnější než placebo u akutní exacerbace schizoafektivní



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

poruchy.

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Odkaz č. 14

Citlivost na inzulín může být nižší u pacientů užívajících lithium nebo valproát v kombinaci s AP2G. Pacienti, kteří užívají lithium nebo valproát, mohou mít vyšší index tělesné hmotnosti než ti, bez konvenčních stabilizátorů nálady, i když rozdíl nedosahuje statistické významnosti. Dle průřezových studií je prospěšné monitorovat citlivost na inzulín a index tělesné hmotnosti u pacientů užívajících lithium nebo valproát v kombinaci s antipsychotiky druhé generace.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 15

Memantin může zlepšovat především negativní symptomy, zatímco kognitivní a pozitivní symptomy se významně nelepší. Efekt může být patrný zejména, je-li podáván jako přídatná terapie ke klozapinu. U pacientů s převažujícími negativními příznaky a kognitivním poškozením je třeba vzít v úvahu užívání memantinu, a to i v případě, že jsou vyžadovány další studie. Memantin může být příležitostí k léčbě mladých pacientů - zmírnění kognitivního propadu.

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Odkaz č. 16

Metaanalýza potvrzuje, že metformin je účinný při léčbě přírůstku hmotnosti vyvolaného antipsychotiky u pacientů se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou.

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 17

Psychoedukace má příznivý vliv na znalosti a postoje k léčbě u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Jedná se o podobně příznivý vliv, který byl pozorován u krátkodobě hospitalizovaných pacientů, pacientů po propuštění, pacientů navštěvujících denních stacionáře nebo pacientů ambulantních.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 18

Kognitivní remedikace může vést ke komplexnímu- zlepšení kognitivních a sociálních funkcí. Kognitivně behaviorální terapie může přispět ke zmírnění intenzity pozitivních a negativních symptomů. Psychoedukace skrze zvýšení adherence může redukovat relapsy a rehospitalizace.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Odkaz č. 19

Rodinná terapie- snížení frekvence relapsů a přijetí k hospitalizaci.

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Závěrečný komentář

Rodinné studie naznačují jasnou genetickou vazbu mezi bipolární poruchou I, schizoafektivní poruchou a schizofrenií. Avšak v širším měřítku nebyly genomové asociační studie, při pokusech o identifikaci kandidátních genů úspěšné a nepřinesly podstatný příspěvek k etiologii. Hranice mezi psychotickými poruchami nejsou dále objasněny ani při pohledu na morfolonii mozku. Skutečnost, že příznaky bipolární poruchy I, ale nikoliv schizofrenie, často reagují na léky, jako je lithium a antikonvulziva, musí být interpretovány v rámci širšího rámce biologického výzkumu. Bipolární poruchou I, schizofrenie a schizoafektivní porucha, zůstaly zachovány jako nezávislé diagnózy, neboť biologické údaje ještě nejsou natolik přesvědčivé, aby ospravedlnily přechod k neurovývojovému kontinuálnímu modelu psychózy. V terapii schizoafektivní poruchy jsou běžně používány a kombinovány farmakologické a nefarmakologické přístupy osvědčené u schizofrenie a bipolární poruchy. Doporučení založená na kontrolovaných klinických studiích jsou však k dispozici pouze pro farmakologickou léčbu. Studií primárně cílených na schizoafektivní poruchu je doposud bohužel málo. Především jsme odkázáni na post hoc analýzy se studií, které primárně hodnotily léčbu schizofrenie a ze kterých byla samostatně zpracována data od nemocných se schizoafektivní poruchou.

Tento přístup je spojený hned s několika metodickými problémy. Komplikací je skutečnost, že nemocní se schizoafektivní poruchou byli do farmakologických studií zařazováni především do zavedení DSM III 1980. Do té doby byla totiž schizoafektivní porucha považována za podtyp schizofrenie. Tato skutečnost může, mimo jiné, vést ke zkreslení výsledků ve prospěch starších léků, především antipsychotik první generace

Reference

1.Lindenmayer JP, Kaur A. Antipsychotic Management of Schizoaffective Disorder: A Review. Drugs 2016 ;76(5):589-604.

2.Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2014;348:g1173

3.Češková E et al. Schizofrenie dospělého věku. In Raboch J, Uhlíková P, Hellerová P, Anders M, Šusta M, editors. Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče IV.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Psychiatrická společnost ČLS JEP. 2014

4. Schennach R, Obermeier M, Seemüller F, Jäger M, Schmauss M, Laux G, Pfeiffer H, Naber D5, Schmidt LG, Gaebel W, Klosterkötter J, Heuser I, Maier W, Lemke MR, Rüter E, Klingberg S, Gastpar M, Spellmann I, Musil R1, Möller H, Riedel M. Add-on Antidepressants in the Naturalistic Treatment of Schizophrenia Spectrum Disorder - When, Who, and How? *Pharmacopsychiatry*. 2017 May . doi: 10.1055/s-0043-106436

5. Kantrowitz JT, Citrome L. Schizoaffective disorder: a review a curent research themes and pharmacologicall managment. *CNS Drugs* 2011;25:317-331.

6. de Berardis D, Fornaro M, Orsolini L, Iasevoli F, Tomasetti C, de Bartolomeis A, Serroni N, Valchea A, Carano A, Vellante F, Marini S, Piersanti M, Perna G, Martinotti G, Di Giannantonio M. The Role of Inhaled Loxapine in the Treatment of Acute Agitation in Patients with Psychiatric Disorders: A Clinical Review. *Int J Mol Sci*. 2017 8;18(2). pii: E349

7. Wang Y, Xia J, Helfer B, Li C, Leucht S. Valproate for schizoprenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 24;11:CD004028.

8. Karve S, Markowitz M, Fu DJ, Lindenmayer JP, Wang CC, Candrilli SD, Alphs L. Assessing medication adherence and healthcare utilization and cost patterns among hospital-discharged patients with schizoaffective disorder. *Appl Health Econ Health Policy*. 2014;12(3):335-346

9. Látalová K, Praško J, Sigmundová Z: Schizofrenie a příbuzná onemocnění. In: Praško J, Látalová K, Ticháčková A, Stárková L. *Klinická psychiatrie*. Tigris; 2011, 223-226s.

10. Murru A, Hidalgo D, Bernardo M, Bobes J, Saiz-Ruiz J, Álamo C, Vieta V. Antipsychotic switching in schizoaffective disorder: A systematic review, *The World Journal of Biological Psychiatry* 2016, 17:7, 495-513.

11. Jager M, Becker T, Weinmann S, Frasch K. Treatment of schizoaffective disorder -a challenge for evidence - based psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:22-32.

12. Subramanian S, Völlm BA, Huband N. Clozapine dose for schizoprenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 14;6:CD009555. doi: 10.1002/14651858

13. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, Kulkarni J, McGorry P, Nielssen O, Tran N. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(5):410-472.

14. Vincenzi B, Greene CM, Ulloa M, Parnarouskis L, Jackson JW, Henderson DC. Lithium or



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

Valproate Adjunctive Therapy to Second-generation Antipsychotics and Metabolic Variables in Patients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. J Psychiatr Pract. 2016;22(3):175-182.

15. Baroni G, Lorusso M, Montemitro Ch, Spano MCh, Giannantoni M. Efficacy of Memantine in Schizophrenic Patients: A Systematic Review. 2017 doi: 10.1155/2017/7021071

16. de Silva VA, Suraweera C, Ratnatunga SS, Dayabandara M, Wanniarachchi N, Hanwella R. Metformin in prevention and treatment of antipsychotic induced weight gain: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2016 3;16(1):341- 347.

17. Yanagida N, Uchino T, Uchimura N. The Effects of Psychoeducation on Long-term Inpatients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. Kurume Med J. 2017;63(3.4):61-67.

18. Lewandowski KE, Eack SM, Hogarty SS, Greenwald DP, Keshavan MS Is cognitive enhancement therapy equally effective for patients with schizophrenia and schizoaffective disorder? Schizophr Res. 2011 Feb;125(2-3):291-4.

19. Češková E. Schizofrenie a její léčba. 3 vyd. Praha: Maxdorf; 2013, 117s