

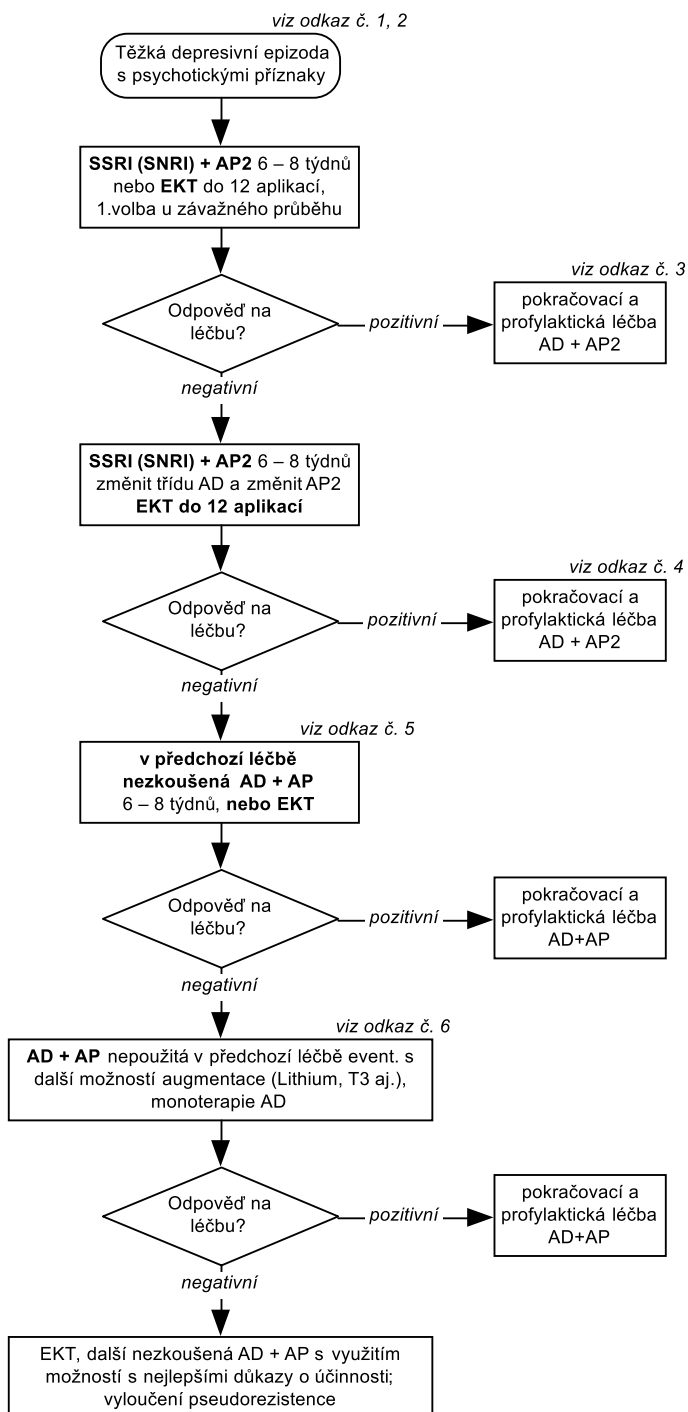
DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

Depresivní porucha u dospělých Postup v léčbě psychotické deprese

Autoři: Martin Bareš, Tomáš Novák, Antonín Šebela

Garant: Martin Bareš

Oponent: Pavel Mohr





DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

Odkaz č. 1

Akutní farmakologická léčba psychotické deprese:

Základem a první volbou farmakologické léčby depresivní epizody s psychotickými příznaky je kombinace antipsychotika 2. generace (AP2) a antidepresiva (AD). Akutní léčba má být dostatečně dlouhá, aby došlo k dokonalé remisi symptomů. V současné době je upřednostňována použití léčba antidepresivy SSRI a SNRI. Lze užít i klasická antipsychotika či tricyklická AD. Kombinovaná léčba je účinnější než placebo, monoterapie antipsychotiky či antidepresivy (1-3). Autoři Cochraneovské metaanalýzy hodnotí jistotu o uvedených důkazech jako nízkou až velmi nízkou (1). Na místě je i ověření adherence k léčbě včetně stanovení koncentrace psychofarmaka v plazmě.

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 2

Elektrokonvulze (EKT) v akutní léčbě psychotické deprese:

Přítomnost psychotických příznaků u těžké depresivní epizody je považována za prediktor účinnosti (odpovědi, remise) EKT (4). Podle výsledků letité metanalýzy je EKT účinnější než kombinace AP + AD či AD v monoterapii (Parker et al., 1992). Novější metanalýza k dispozici není. Účinnost EKT je pravděpodobně vyšší u psychotické než nepsychotické deprese (5, 6).

I - metaan <3 RCT nebo RCT

Odkaz č. 3

Farmakologická pokračovací a profylaktická léčba psychotické deprese:

Doporučována je kombinovaná léčba AD a AP a to i vzhledem k vyššímu riziku výskytu další psychotické deprese u pacientů se zaléčenou psychotickou depresí (7). Recentní metaanalýza zahrnuje pouze tři studie nevelkého rozsahu a nenalezla rozdíl v účinnosti kombinace AD a antipsychotika, oproti monoterapii antidepresivem (8). Největší z metanalyzovaných studií ukázala lepší účinnost kombinace v pokračovací léčbě (9). Není jasné, jak dlouho v pokračovací a profylaktické léčbě podávat antipsychotikum; nejčastější doporučení se pohybují mezi 4-12 měsíci (10). Efekt užití lithia není dostatečně dokumentován.

I - metaan <3 RCT nebo RCT,

Odkaz č. 4

Pokračovací či profylaktická léčba psychotické deprese po sérii elektrokonvulzí:

Pokračovací a profylaktická léčba EKT je považována za relativně účinnou u nepsychotické deprese (11, 12). Nejsou k dispozici údaje pro psychotickou depresi. Není ani stanovena efektivita kombinace AD + AP.

IV-expertní názory, klinická zkušenost

Odkaz č. 5

Akutní léčba psychotické deprese kombinací dalších antidepresiv a antipsychotik:

Psychiatrická literatura nekommentuje, jaká je nevhodnější léčba po selhání dvou léčebných pokusů. Jistě lze přistoupit k EKT, nebo pokračovat léčbě farmaky. Již uvedená metaanalýza potvrdila účinnost i kombinace AP 1. generace a tricyklických AD (2).

I - metaan <3 RCT nebo RCT



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

Odkaz č. 6

Monoterapie AD a další možnosti v léčbě psychotické deprese:

Tyto postupy (augmentace lithiem, T3) bývají někdy doporučovány, nicméně spolehlivé důkazy o jejich účinnosti nejsou k dispozici. Některé studie demonstrovaly účinnost monoterapie AD (SSRI, tricyklická AD) (13-18).

II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie

Závěrečný komentář

Základem léčby psychotické depresivní epizody zůstává kombinace AD a AP. Rozvoj farmakologie umožnil použití lépe tolerovaných AP2. K dispozici nejsou práce porovnávající účinnost a snášenlivost „staré léčby“ – AP+AD (TCA) s „novou léčbou“ – SSRI (SNRI) + AP2, byť lze předpokládat lepší snášenlivost pro druhou možnost. Nejrychlejší metodou léčby psychotické deprese je použití EKT a ta by měla být aplikována u zvláště obtížných průběhů jako 1. volba. Data o pokračovací a profylaktické léčbě jsou omezená.

Literatura:

1. Kruzinga J, Liemburg E, Burger H, Cipriani A, Geddes J, Robertson L, et al. Pharmacological treatment for psychotic depression. Cochrane Database Syst Rev. 2021;12(12):CD004044.
2. Parker G, Roy K, Hadzi-Pavlovic D, Pedic F. Psychotic (delusional) depression: a meta-analysis of physical treatments. J Affect Disord. 1992;24(1):17-24.
3. Farahani A, Correll CU. Are antipsychotics or antidepressants needed for psychotic depression? A systematic review and meta-analysis of trials comparing antidepressant or antipsychotic monotherapy with combination treatment. J Clin Psychiatry. 2012;73(4):486-96.
4. van Diermen L, van den Ameel S, Kamperman AM, Sabbe BCG, Vermeulen T, Schrijvers D, et al. Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2018;212(2):71-80.
5. Birkenhager TK, Pluijms EM, Lucius SA. ECT response in delusional versus non-delusional depressed inpatients. J Affect Disord. 2003;74(2):191-5.
6. Petrides G, Fink M, Husain MM, Knapp RG, Rush AJ, Mueller M, et al. ECT remission rates in psychotic versus nonpsychotic depressed patients: a report from CORE. J ECT. 2001;17(4):244-53.
7. Nelson JC, Bickford D, Delucchi K, Fiedorowicz JG, Coryell WH. Risk of Psychosis in Recurrent Episodes of Psychotic and Nonpsychotic Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 2018;175(9):897-904.
8. Al-Wandi A, Holmberg C, Landen M, Nordenskjold A. A systematic review and meta-analysis of maintenance treatment for psychotic depression. Nord J Psychiatry. 2022;76(6):442-50.
9. Flint AJ, Meyers BS, Rothschild AJ, Whyte EM, Alexopoulos GS, Rudorfer MV, et al. Effect of Continuing Olanzapine vs Placebo on Relapse Among Patients With Psychotic Depression in Remission: The STOP-PD II Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019;322(7):622-31.
10. Dubovsky SL, Ghosh BM, Serotte JC, Cranwell V. Psychotic Depression: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment. Psychother Psychosom. 2021;90(3):160-77.



PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST
České lékařské společnosti J. E. Purkyně

PSYCHIATRIC ASSOCIATION
of the Czech Medical Association J. E. Purkyně



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2024

11. Brown ED, Lee H, Scott D, Cummings GG. Efficacy of continuation/maintenance electroconvulsive therapy for the prevention of recurrence of a major depressive episode in adults with unipolar depression: a systematic review. *J ECT*. 2014;30(3):195-202.
12. Jelovac A, Kolshus E, McLoughlin DM. Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2013;38(12):2467-74.
13. Bruijn JA, Moleman P, Mulder PG, van den Broek WW. Treatment of mood-congruent psychotic depression with imipramine. *J Affect Disord*. 2001;66(2-3):165-74.
14. Gatti F, Bellini L, Gasperini M, Perez J, Zanardi R, Smeraldi E. Fluvoxamine alone in the treatment of delusional depression. *Am J Psychiatry*. 1996;153(3):414-6.
15. Smith DF. Quest for biomarkers of treatment-resistant depression: shifting the paradigm toward risk. *Front Psychiatry*. 2013;4:57.
16. Wijkstra J, Burger H, van den Broek WW, Birkenhager TK, Janzing JG, Boks MP, et al. Treatment of unipolar psychotic depression: a randomized, double-blind study comparing imipramine, venlafaxine, and venlafaxine plus quetiapine. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121(3):190-200.
17. Zanardi R, Franchini L, Gasperini M, Perez J, Smeraldi E. Double-blind controlled trial of sertraline versus paroxetine in the treatment of delusional depression. *Am J Psychiatry*. 1996;153(12):1631-3.
18. Zanardi R, Franchini L, Serretti A, Perez J, Smeraldi E. Venlafaxine versus fluvoxamine in the treatment of delusional depression: a pilot double-blind controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(1):26-9.