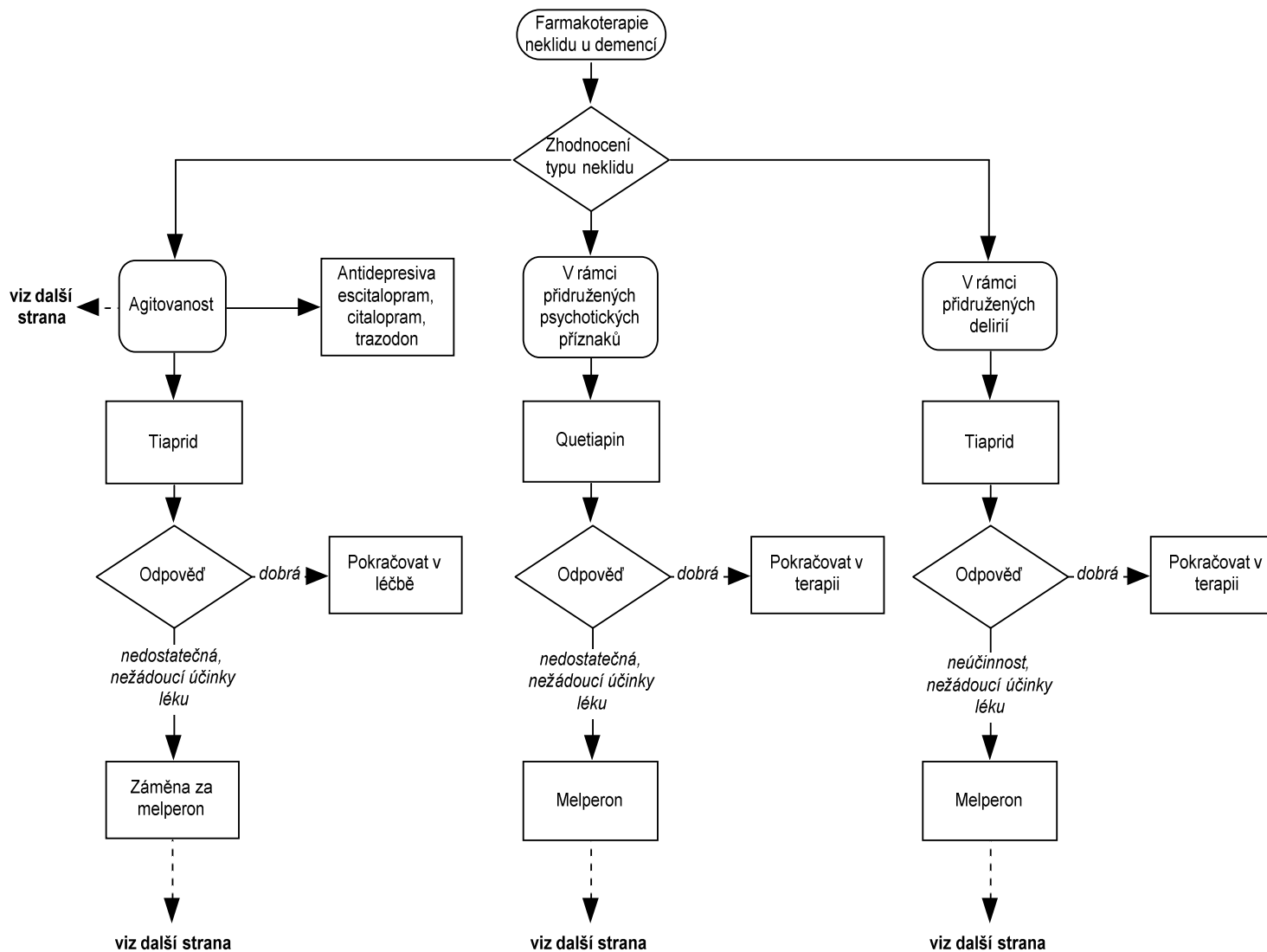
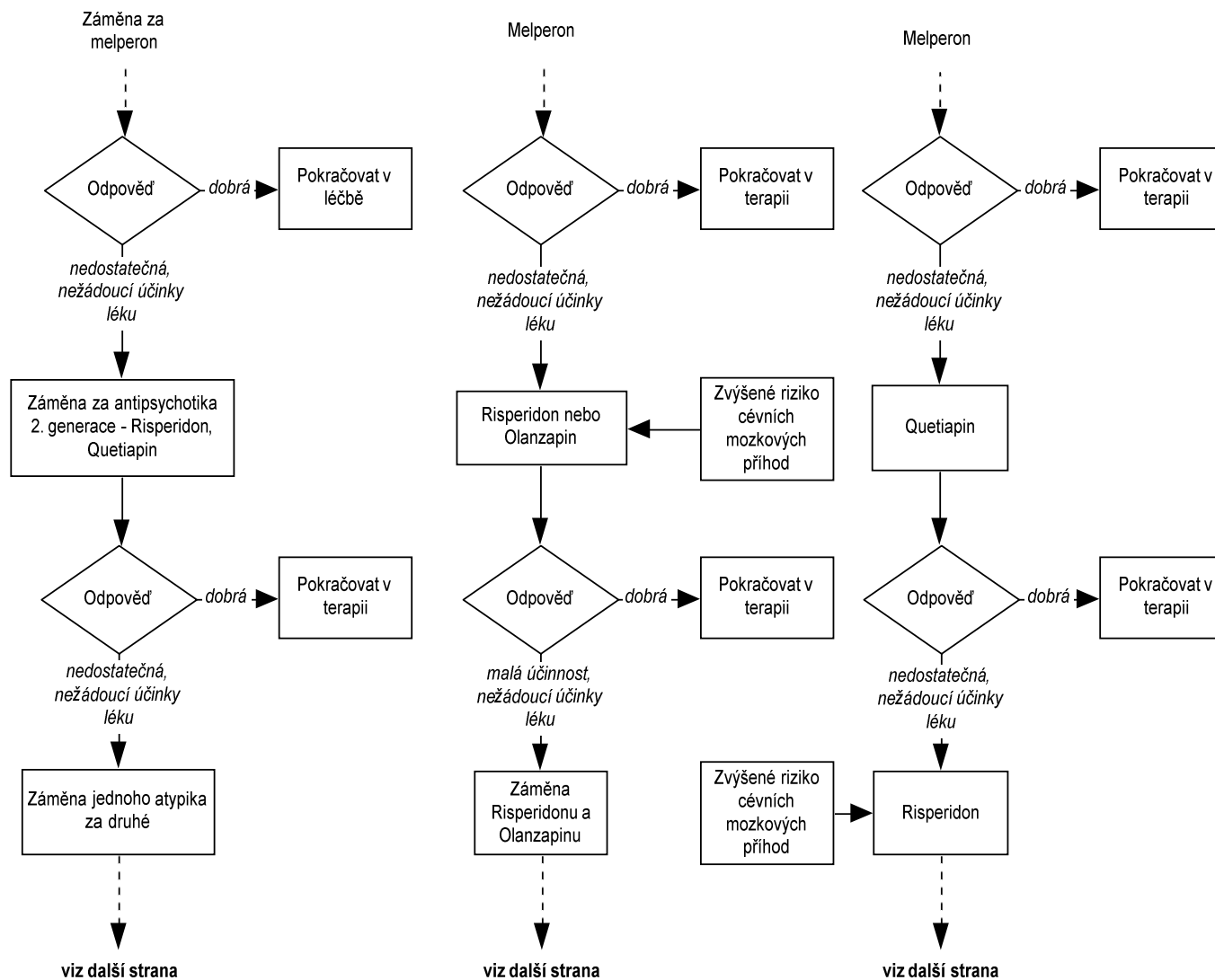


## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



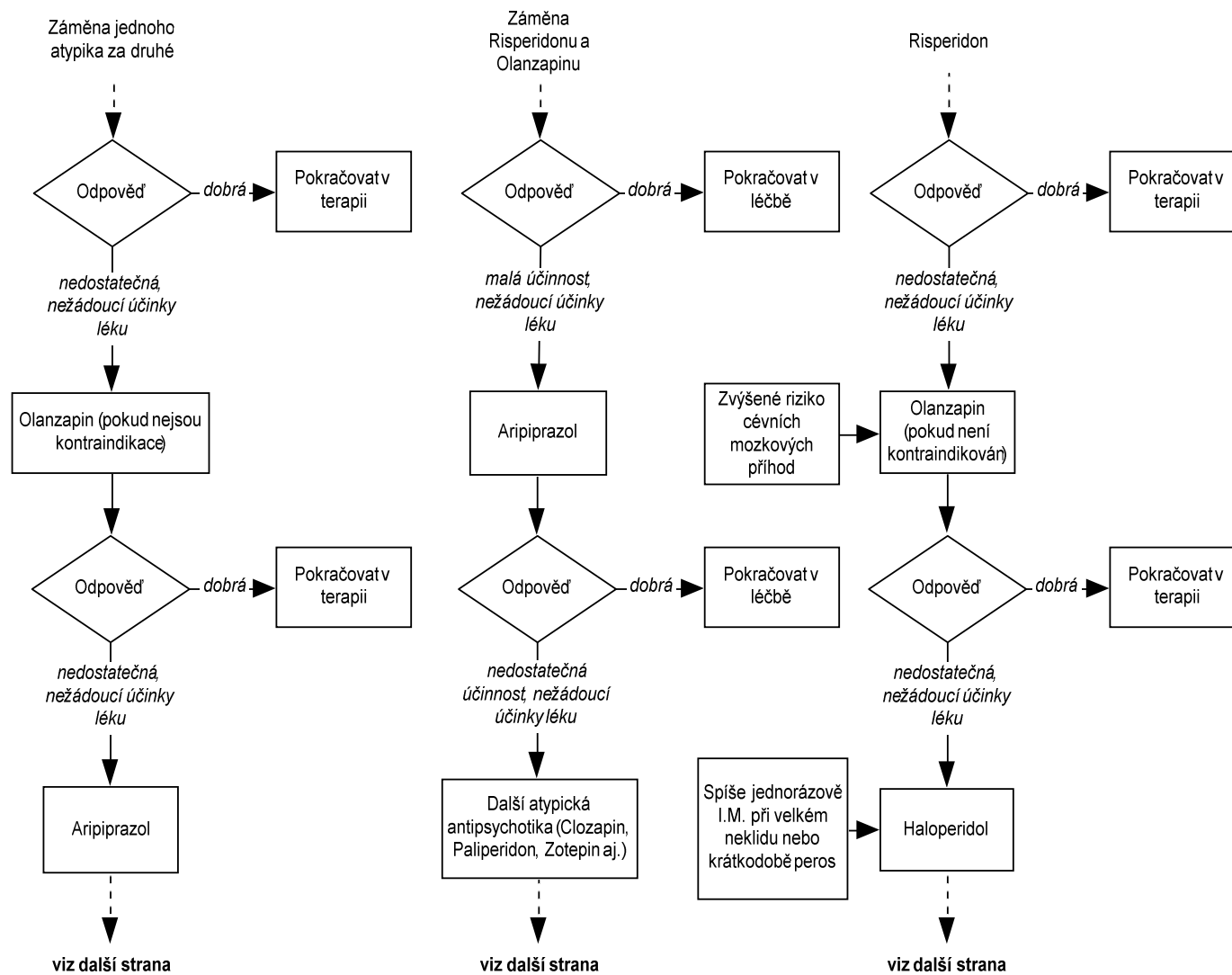
Farmakoterapie neklidu u demencí

## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



Farmakoterapie neklidu u demencí

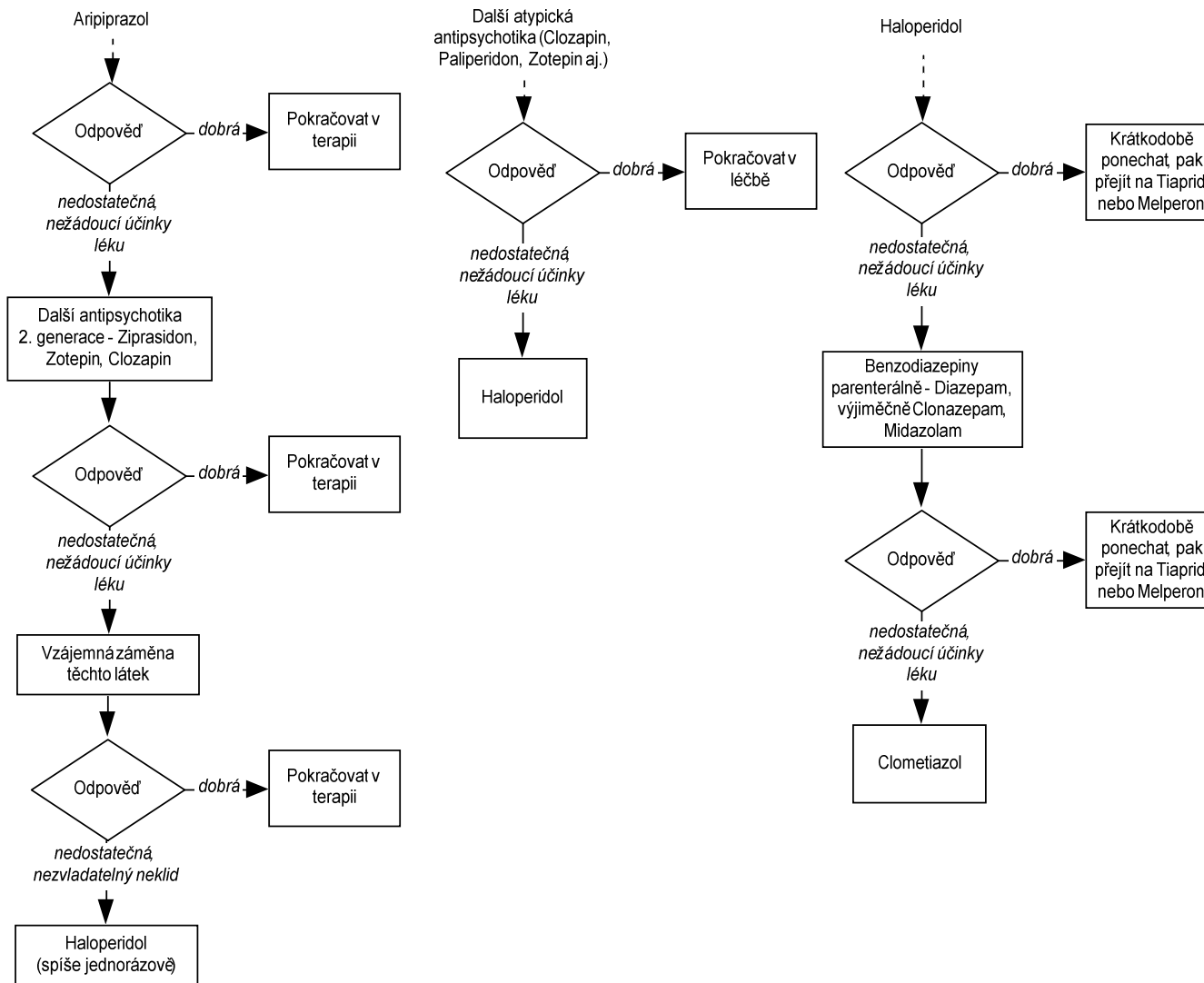
## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



Farmakoterapie neklidu u demencí



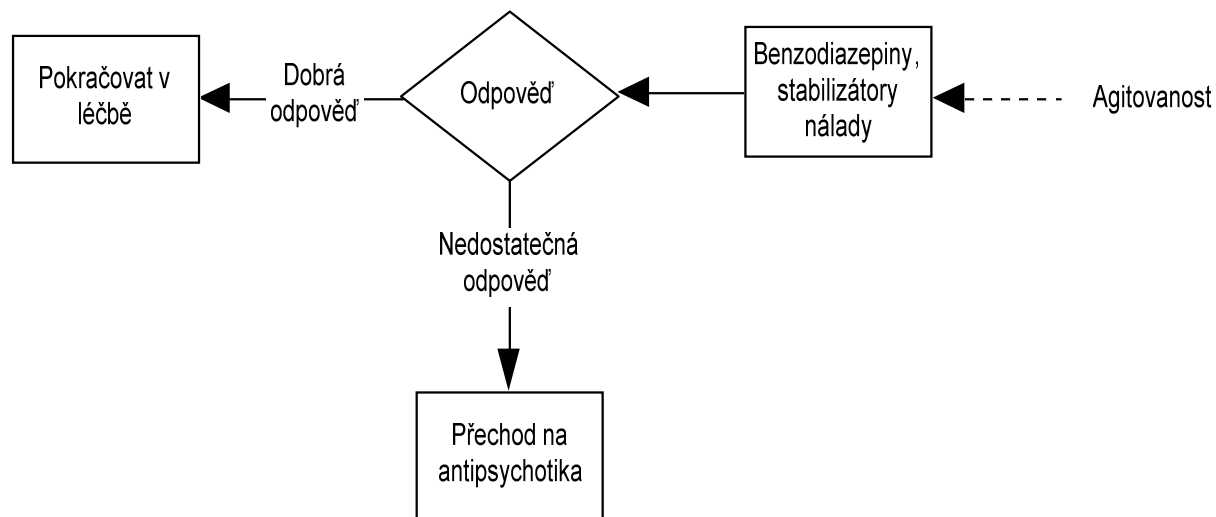
## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



Farmakoterapie neklidu u demencí



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018





## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

### Komentář k algoritmu

#### Farmakoterapie neklidu u demencí

Autoři: Roman Jirák

Garant: Roman Jirák

Oponent: Aleš Bartoš

##### Odkaz č. 1

*Tiaprid - látka náleží mezi antipsychotika 2. generace, substituované benzamidy. Blokuje D2/D3 receptory. Má minimální antipsychotický efekt, ale dobře tlumí neklidy v rámci přidružených delirií při demenci i agitovanost s asociovanými poruchami chování i spánku pacientů s demencí. Je dobrá snášenlivost, poměrně málo nežádoucích účinků. [1].*

I - metaan <3 RCT nebo RCT

##### Odkaz č. 2

*Melperon - butyrofenonový derivát, blížíci se svými efekty antipsychotikům 2. generace. Dobře snášený přípravek, méně často vyvolává extrapyramidové i jiné nežádoucí účinky než antipsychotika 1. generace. Má větší antipsychotický potenciál než tiaprid. Užití 3x denně nebo pouze na noc, obv. dávka 3x25-3x50 mg/den, ev. 25-50 mg/noc. [].*

IV-expertní názory, klinická zkušenost

##### Odkaz č. 3

*Haloperidol - antipsychotikum 1. generace. I při dobrém antipsychotickém efektu a efektu tlumení neklidu vyvolává závažné nežádoucí příznaky - extrapyramidové, kolapsy aj. Proto má být používán pouze k jednorázovému ztlumení těžkého neklidu, který nereaguje na jiná antipsychotika. [7]. Dlouhodobá medikace zvyšuje riziko smrti.*

I - metaan <3 RCT nebo RCT

##### Odkaz č. 4

*Risperidon - antipsychotikum 2 generace. V malých dávkách do 2 mg/24 hod. tlumí neklid i přidružené psychotické příznaky a deliria u demencí. Je však zvýšené nebezpečí vzniku cévních mozkových příhod. [3,8].*

I - metaan <3 RCT nebo RCT

##### Odkaz č. 5

*Olanzapin - antipsychotikum 2 generace. U lidí trpících demencí velmi dobrý efekt na neklidy i přidružené psychotické příznaky v dávce 5-10 mg/den, nikoli vyšší. Zvyšuje tělesnou hmotnost a glykémii, proto se nepoužívá u obézních lidí a diabetiků. Zvyšuje nebezpečí vzniku cévních mozkových příhod. [8].*

I - metaan <3 RCT nebo RCT



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

### Odkaz č. 6

*Quetiapin - antipsychotikum 2 generace. Je dobrá snášenlivost, minimálně vyvolává extrapyramidové příznaky. Proto preferenčně užíván u lidí s Parkinsonovou chorobou nebo parkinsonským syndromem (včetně demencí s Lewyho tělísky). V placebem kontrolovaných studiích účinný v dávce 200 mg/den, nikoli 100 mg/den. [9]. Je nejbezpečnější z atypických antipsychotik, vykazuje nejmenší úmrtnost.*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

### Odkaz č. 7

*Aripiprazol: Užíván off label hlavně při výskytu psychotických příznaků u Alzheimerovy choroby a u agitovanosti. Střední efektivita, málo nežádoucích účinků léčby, ale jako class efekt zvýšená mortalita. (5)*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

### Odkaz č. 8

*Další antipsychotika 2 a 3 generace - ziprasidon, clozapin, zotepin aj.: U těchto látek je zatím málo klinických zkušeností a především málo klinických studií. Příznivé efekty na přidružené psychotické příznaky a neklidy pacientů s demencí, ale jejich podání je spojeno se zvýšeným rizikem cévních mozkových příhod (class effect). Použití výjimečné, tam, kde nezaberou jiné látky. [8].*

*IV-expertní názory, klinická zkušenost*

### Odkaz č. 9

*Inhibitory mozkových acetylcholinesteráz: Při používání těchto látek dochází kromě lepšího kognitivních funkcí a aktivit denního života také k zlepšení behaviorálních a psychotických příznaků demence včetně neklidů a psychotických příznaků. Efekty jsou podstatně slabší než po podání antipsychotik, ale jsou šetřeny kognitivní funkce. [4].*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

### Odkaz č. 10

*Memantin: Tato látka zlepšuje u pacientů s těžšími demencemi, obzvláště s Alzheimerovou chorobou kromě kognitivních funkcí a aktivit denního života i behaviorální a psychologické příznaky demence. Toto zlepšení je však menší než zlepšení předchozích dvou funkcí. [6].*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

### Odkaz č. 11

*Escitalopram, citalopram: Efekt srovnatelný s risperidonem, pomalejší nástup účinku, ale podstatně lepší tolerance. (2) Také trazodon vykazuje dobrý efekt na tišení neklidu u demencí. Nejvyšší efekty s antidepresivy dosaženy u frontotemporálních lokálních demencí.*

*II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie*



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

### Odkaz č. 12

*Další látky - benzodiazepiny, stabilizátory nálady: Benzodiazepiny jsou používány především k jednorázovému použití ke ztlumení neklidu nebo deliria pacienta s demencí tam, kde selžou antipsychotika. Jako účinná látka se ukazuje lorazepam, který však t.č. není u nás k dispozici, obvykle se používá diazepam k jednorázové i.m. nebo pomalé i.v. aplikaci 10-20 mg. Stabilizátory nálady neprokázaly význačnější efekty. [8].*

*III-ostatní studie korelační, případové*

### Závěrečný komentář

*U pacientů trpících demencí se může vyskytnout neklid několika typů: Nejčastější je agitovanost - neklid, který může mít různé projevy, někdy může být mírný, ale dlouhotrvající, jindy silný, včetně agresivního chování. Je to nejčastější typ neklidu pacientů s demencemi. Druhý typ neklidu je v rámci přidružených psychotických příznaků u demence (poruch vnímání typu halucinací/iluzí, poruch myšlení typu bludů, misinterpretací). Třetím typem neklidu u demencí je neklid v rámci přidružených delirií, která se vyskytují zvláště často u demencí s Lewyho tělísky, zatím co u jiných typů demencí, např. u čisté Alzheimerovy choroby, může výskyt delirií znamenat somatickou komorbiditu, nevhodnou léčbu (polypragmázie), dehydrataci a podobně. Hlavními léčivy pro neklid pacientů s demencí jsou antipsychotika (neuroleptika). U agitovanosti se zpravidla podává jako farmakon první volby substituovaný benzamid tiaprid, který produkuje málo nežádoucích efektů, především extrapyramidových, ale má malý antipsychotický potenciál. Při neúspěchu tiapridu přecházíme na melperon, antipsychotikum 1. generace, které se však blíží antipsychotikům 2. generace (je možná i opačná sekvence podání). Při neúčinnosti melperonu přecházíme na antipsychotika 2. generace - quetiapin (má malé extrapyramidové účinky, proto preferujeme u parkinsonských demencí a demencí s Lewyho tělísky), risperidon nebo olanzapin (pozor, u těchto dvou farmak byl zjištěn vyšší výskyt cévních mozkových příhod u lidí vyššího věku). Pokud by ani tato léčiva nebyla úspěšná, zkusíme další atypická antipsychotika - aripiprazol, ziprasidon, paliperidon. Jiná alternativa je escitalopram/citalopram u agitovanosti. Při nezvladatelném neklidu podáme jednorázově haloperidol, nebo benzodiazepiny. Při neklidu v rámci přidružených psychotických příznaků začínáme atypickými antipsychotiky quetiapinem, event. olanzapinem nebo risperidone, a při jejich neúspěchu přecházíme na jiná.*

*Antipsychotika 2. generace jsou u demencí off-label.*

### Reference

- 1. Allain H., Dautzenberg P.H.J., Maurer K. et al: Double blind study of tiapride versus haloperidol and placebo in agitation and aggressiveness in elderly patients with cognitive impairment. Psychopharmacology, 2000;148:361-366.*
- 2. Barak Y., Plopsi I., Tadger S., Paleacu D.: Escitalopram versus risperidone for the treatment of behavioral and psychotic symptoms associated with Alzheimer's disease: a randomized double-blind pilot study. Int Psychogeriatr. 2011 Apr. 15:1-5.*
- 3. Brodaty H., Ames D., Snowdon J. et al: A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. J Clin Psychiatry, 2003 Feb;64(2):134-43.*





## **DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018**

- 4. Cummings L.J., McRae T., Zhang R.: Effects of donepezil on neuropsychiatric symptoms in patients with dementia and severe behavioral disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:605-612.**
- 5. De Deyn P.P., Drenth A.F., Kremer B.P. et al: Aripiprazole in the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Opin Pharmacother.* 2013 Mar,14(4):459-474.**
- 6. Gauthier S., Wirth Y., Möbius H.J.: Effects of memantine on behavioral symptoms in Alzheimer's disease patients: an analysis of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) data of two randomized, controlled studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(5):459-464.**
- 7. Lonergan E., Luxenberg J., Colford J.M., Birks J.: Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Last assessed as up-to-date: Sept. 12.2008.**
- 8. Maher A.R., Theodore G.: Summary of the comparative effectiveness review on off-label use of atypical antipsychotics. *J Manag Care Pharm.* 2012 Jun,18(Suppl. B):S1-S20.**
- 9. Paleacu D., Barak Y., Mirecky I., Mazeh D.: Quetiapine treatment for behavioural and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease patients: a 6-week, double-blind, placebo-controlled study. *Int Geriatr Psychiatry*, 2008 Apr,23(4):393-400.**