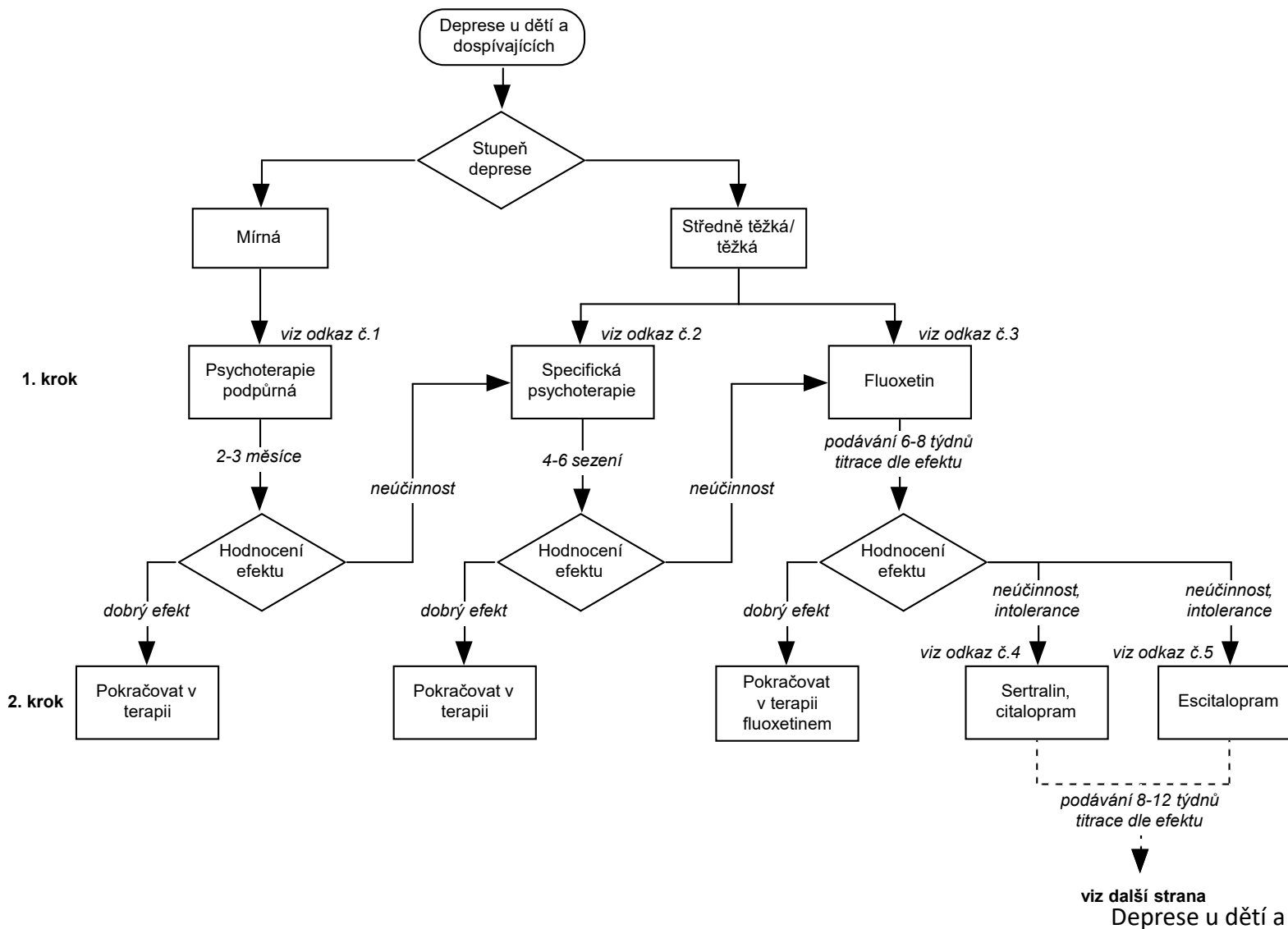
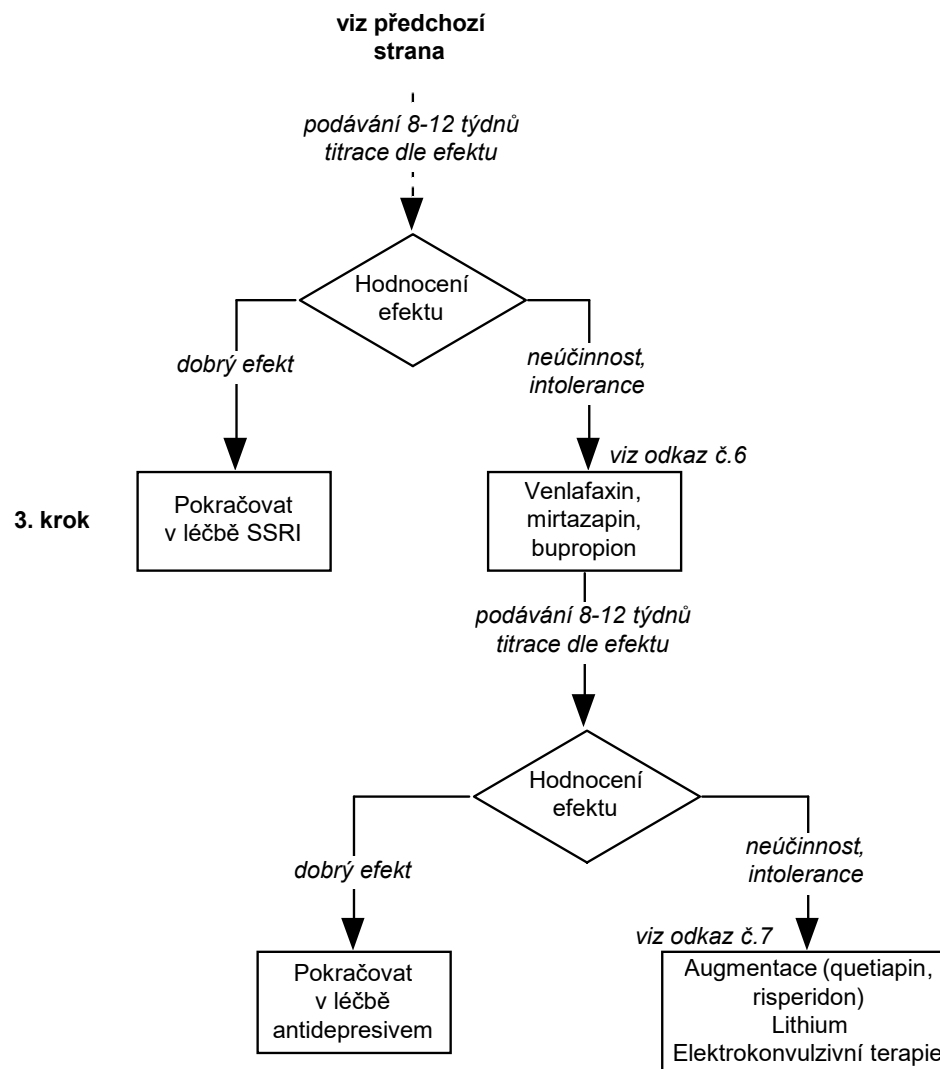


## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018



Deprese u dětí a dospívajících



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

### Komentář k algoritmu

#### Deprese u dětí a dospívajících

Autor: Iva Dudová

Garant: Iva Dudová

Oponent: Zdeňka Drlíková

##### Odkaz č. 1

*V léčbě mírné deprese u dětí a adolescentů se doporučuje podpůrná psychoterapie v délce 2-3 měsíce (4-8 sezení) až do remise. Farmakoterapie není doporučována jako iniciální léčba (Birmaher, 2007; Brent, 2009; Group Health Cooperative, 1997-2012; NICE, 2015). Pokud léčba není úspěšná do 2-3 měsíců, měl by být použit postup platný pro léčbu středně těžké až těžké deprese (NICE, 2015).*

*II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie*

##### Odkaz č. 2

*U dětí a adolescentů se středně těžkou až těžkou depresí (MDD) je doporučena krátká specifická psychoterapie (4-6 sezení) a současně nebo následně je možné připojit farmakologickou léčbu (NICE 2015; BESt Cincinnati hospital, 2010; Brent, 2009; Birmaher, 2007). Jako specifická psychoterapie se doporučuje individuální KBT, interpersonální terapie a rodinná terapie (NICE, 2015).*

*II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie*

##### Odkaz č. 3

*Lékem první volby je fluoxetin. Fluoxetin má ze všech antidepresiv nejvíce příznivý profil při hodnocení účinnosti a tolerability, jako jediný prokázal klinicky významné zlepšení depresivních příznaků v porovnání s placebem se střední velikostí efektu (medium effect size) (Cipriani, 2016). Byl prvním antidepresivem schváleným pro léčbu deprese u dětí a adolescentů od 8 let (FDA 2009). Efekt fluoxetinu u deprese dětí a mladistvých byl potvrzen ve třech nezávislých, randomizovaných studiích s placebem (Emslie, 1997, 2002; March, 2007).*

*I - metaan <3 RCT nebo RCT*

##### Odkaz č. 4

*Použití sertralinu a citalopramu se opírá o limitované důkazy tří kontrolovaných studií a názory expertů (Wagner, 2003; Wagner, 2004; Knorring, 2006; Shirazi, 2005). Hazell (2009) v metaanalýze SSRI však uvádí, že efekt se významně neliší od placeba. Antidepresivum volíme podle rizika - sertralin preferujeme u dětí pod 12 let (ověřeno u OCD) a rizikových dětí a adolescentů s kardiopatií (neprodukuje QT interval). Citalopram preferujeme u dětí a adolescentů s tikovými a psychotickými poruchami (parciální dopaminergní efekt sertralinu).*

*II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie*

Deprese u dětí a dospívajících



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

### Odkaz č. 5

*Escitalopram je schválen pro léčbu deprese u adolescentů od 12 let (FDA 2009). Jeho účinnost byla zkoumána ve dvou randomizovaných, dvojitě slepých, placebem kontrolovaných studiích u dětí a adolescentů s depresí (MDD). Signifikantní efekt byl prokázán pouze ve skupině adolescentů (Wagner, 2006; Emslie, 2009).*

**I - metaan <3 RCT nebo RCT**

### Odkaz č. 6

*Venlafaxin, mirtazapin a bupropion jsou doporučovány jako léky třetí linie, které prokázaly účinnost u adolescentů (Emslie, 2007; Haapasalo-Pesu, 2004; Glod, 2003). Obsáhlá metaanalýza srovnávající účinnost a tolerabilitu antidepresiv při léčbě deprese dětí a adolescentů upozorňuje na signifikantně zvýšené riziko suicidálního chování a ideací při léčbě venlafaxinem a na zvýšené riziko přerušení léčby kvůli nežádoucím účinkům venlafaxinu (Cipriani, 2016), proto některé guideliney nedoporučují užití venlafaxinu u dětí a adolescentů (NICE, 2015).*

**II - kvalitní, kvaziexperimentální deskript.studie**

### Odkaz č. 7

*Augmentace léčby SSRI atypickým antipsychotikem (risperidon, quetiapin) je vhodná u farmakorezistentní deprese (Group Health Cooperative, 1997-2012), jen málo studií ověřovalo její účinnost (Olver, 2003; Pathak, 2005; Geller, 1996). Existují limitovaná data ohledně účinnosti elektrokonvulzivní terapie a lithia u dětí a adolescentů s refrakterní depresí (Hazell, 2009). Elektrokonvulzivní terapie je vyhrazena pouze pro velmi těžkou depresi se závažnými život ohrožujícími příznaky (suicidální chování) nebo nereagující na jinou léčbu (NICE, 2015).*

**III-ostatní studie korelační, případové**

### Závěrečný komentář

*Při přípravě algoritmu léčby deprese u dětí a adolescentů jsme vycházeli ze zahraničních vodítek. Základní léčebný přístup se ve všech guidelineech shoduje: v léčbě mírné deprese je doporučována samostatná psychoterapie. Pokud léčba není úspěšná do 2-3 měsíců, přechází do postupu pro léčbu středně těžké až těžké deprese, kde se k psychoterapii současně nebo následně připojuje farmakoterapie. Lékem první volby je fluoxetin, který je schválený FDA pro léčbu deprese u dětí a adolescentů od 8 let. Protože existují drobné rozdíly v doporučeném pořadí u preparátů druhé linie, opíráme se o review (Carandang, 2011) a vodítka BESTs Cincinnati hospital (2010), kde je doporučováno, aby sertralin, citalopram a escitalopram byly považovány společně za druhou volbu léčby. Doporučujeme individuální výběr jednotlivých preparátů s ohledem na jejich profil nežádoucích účinků a schválenou indikaci. Pro použití léků třetí volby a augmentaci antidepresiv u závažných případů deprese existují pouze limitovaná data. Monitoring symptomů (suicidální chování, sebepoškozování, hostilita, agitovanost, panické ataky, impulzivita, akathisie, insomnie, iritabilita a hypomanie) je doporučen týden před zahájením léčby antidepresivy. Podle doporučení FDA by měla být kontrola pacientů se*



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

*sledováním uvedených příznaků prováděna v prvních 4 týdnech léčby 1× týdně a v dalších 8 týdnech každý druhý týden. Pro léky bez indikace (off-label léčba) je nutné zdůvodnit jejich použití a uvést, že nabízenou léčbu je možné přijmout nebo odmítnout. Pro zvolenou léčbu je vhodné získat písemný souhlas rodiče, případně i pacienta. Úvodní dávka všech antidepresiv je doporučována v poloviční hodnotě denní dávky určené pro dospělé. Navyšování je možné během 2-4 týdnů k dávce pro dospělé. Po dosažení remise pokračujeme v medikaci po dobu 6-12 měsíců. Vysazení medikace probíhá během 6-12 týdnů s ohledem na možné nežádoucí účinky z vysazení (NICE, 2015).*

### Reference

*Adolescent Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Guideline 1997–2012 Group Health Cooperative. Dostupné: <http://www.ghc.org/all-sites/guidelines/depression-adolescent.pdf>*

*Birmaher B, Brent D; AACAP Work Group on Quality Issues, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(11):1503-26.*

*Brent DA, Maalouf FT. Pediatric depression: is there evidence to improve evidence-based treatments? J Child Psychol Psychiatry 2009; 50(1-2): 143-52.*

*Carandang C, Jabbar R, MacBride A, Elbe D. A Review of Escitalopram and Citalopram in Child and Adolescent Depression. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 20(4): 315–24.*

*Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Best evidence statement (BEST). Treatment of children and adolescents with major depressive disorder (MDD) during the acute phase. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center 2010. 11 p.*

*Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet 2016; 388:881-90.*

*Emslie GJ, Findling RL, Yeung PP, et al. Venlafaxine ER for the Treatment of Pediatric Subjects With Depression: Results of Two Placebo-Controlled Trials. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(4): 479-88.*

*Emslie GJ, Ventura D, Korotzer A, Tourkodimitris S. Escitalopram in the treatment of adolescent depression: a randomized placebo-controlled multisite trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 48(7):721-9.*

*Emslie GJ, Heiligenstein JH, Wagner KD, et al. Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41(10):1205–1215.*

*Emslie GJ, Rush J, Weinberg WA, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(11):1031–7.*

*Geller B, Todd RD, Luby J, Botteron K (1996). Treatment-resistant depression in children and adolescents: Psychiatr Clin North Am 1996;19:253-267.*

*Glod CA, Lynch A, Flynn E, et al.: Open trial of bupropion SR in adolescent major depression. J Child Adolesc*



## DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2018

*Psychiatr Nurs 2003; 16(3): 123-30.*

*Haapasalo-Pesu KM, Vuola T, Lahelma L, Marttunen M . Mirtazapine in the treatment of adolescents with major depression: an open-label, multicenter pilot study. J Child Adolesc Psychopharmacol 2004 ; 14(2):175-84.*

*Hazell P. Depression in children and adolescents. Clin Evid (Online) 2009; 7: 1008.*

*Hughes CW, Emslie GJ, Crismon ML, et al. Texas Children's Medication Algorithm Project: update from Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(6): 667-86.*

*Knorr AL, Olsson GI, Thomsen PH, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of citalopram in adolescents with major depressive disorder. J Clin Psychopharmacol 2006; 26(3):311-5.*

*March JS, Silva S, Petrycki S, et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. Arch Gen Psychiatry 2007; 64(10):1132-43.*

*National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression in children and young people. Clinical guidelines 28, September 2005. Dostupné: [www.nice.org.uk/pdf/CGO28NICEguideline.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/CGO28NICEguideline.pdf) . Aktualizace : March 2015.*

*Olver JS , Ignatiadis S , Maruff P, et al. Quetiapine augmentation in depressed patients with partial response to antidepressants. Human Psychopharmacol 2003; 23(8): 653-60.*

*Pathak S, Johns ES, Kowatch RA. Adjunctive quetiapine for treatment-resistant adolescent major depressive disorder: a case series. J Child Adolesc Psychopharmacol 2005; 15(4): 696-702.*

*Shirazi E, Alagband-Rad J. An open trial of citalopram in children and adolescents with depression. J Child Adolesc Psychopharmacol 2005; 15(2):233-9.*

*Wagner KD, Jonas J, Findling RL, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of escitalopram in the treatment of pediatric depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 45(3):280-288.*

*Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. JAMA 2003; 290(8): 1033-1041.*

*Wagner KD, Robb AS, Findling RL, et al. A randomized placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. Am J Psychiatry 2004; 161(6): 1079-1083.*