Pro léčbu deprese u DLB jsou farmaky první volby antidepresiva SSRI – především citalopram, escitalopram a sertralin, dále venlafaxin a mirtazapin (McKeith et al., 2017). Tricyklická antidepresiva jsou pro své anticholinergní účinky kontraindikována.

Projevem DLB je i RBD (porucha chování v REM spánku – REM sleep behavior disorder). Lékem první volby při RBD je klonazepam v dávce 0,5–4 mg na noc. Dávka se titruje do vymizení klinických příznaků nebo do jejich dostatečného potlačení. Někdy je nutné v průběhu nemoci dávku zvyšovat. Klonazepam může zhoršit eventuelně přítomnou poruchu dýchání ve spánku a může působit sedativně následující den (Šonka, 2008). Alternativou je melatonin, který tlumí jak snovou, tak motorickou produkci v REM spánku. Může se podávat s klonazepamem.

Výzkum je zaměřen na ovlivnění α-synucleinové toxicity pomocí heat shock proteinů (Jones et al., 2014). Jiné možnosti spočívají v podávání potenciálně neuroprotektivních léků, jako jsou blokátory adenosinových receptorů, antioxidanty nebo inhibitory monoaminooxidázy (Youdim et Oh, 2013).

Demence u Parkinsonovy nemoci

Výskyt demence při Parkinsonově nemoci (PDD) stoupá s věkem a se stupněm motorického postižení. Projevuje se exekutivní dysfunkcí, narušením pozornosti, zrakově-prostorových a paměťových funkcí. Kognitivní deficit nedosahující kritérií demence se vyskytuje až u poloviny nemocných s Parkinsonovou nemocí. Narušena je více výbavnost než vštípivost a pracovní paměť. Většinou se nevyskytují fatické, praktické a gnostické poruchy. Častý je výskyt halucinací, zejména zrakových, které jsou významným prediktorem rozvoje demence. Bez souvislosti s demencí můžeme u parkinsoniků pozorovat výskyt deprese, apatie či úzkosti (Seppi et al., 2019).

Předpokladem léčby PDD je kompenzace somatických onemocnění, správná výživa a dostatečná hydratace. V prvním kroku je nutné minimalizovat podávání anticholinergik a léků s částečným anticholinergním účinkem, jako jsou tricyklická antidepresiva. Zcela nevhodné je podávání benzodiazepinů v anxiolytické i hypnotické indikaci.

Inhibitory acetylcholinesterázy mají u PDD vliv na kognici, poruchy chování a aktivity denního života. Lékem volby je rivastigmin, jehož dlouhodobá účinnost a bezpečnost byla potvrzena v randomizované klinické studii (Emre et al., 2014). Rivastigmin se podává ve stejných dávkách jako u AD. Dostupný je v perorální a náplasťové formě, která je lépe snášena s ohledem na časté gastrointestinální nežádoucí účinky. Donepezil a galantamin jsou považovány za pravděpodobně účinné. Omezená data existují pro efekt memantinu v pokročilých stadiích PDD. Levodopa může mít příznivý vliv na mentální flexibilitu a pracovní paměť (Seppi et al, 2019).

Pokud při výskytu halucinací nepostačují výše popsaná opatření a úprava antiparkinsonské medikace (vysazení dopaminergních agonistů, případně snížení dávky levodopy dle tolerance), použijeme quetiapin v nízkých dávkách 12,5–75 mg na noc. Při nedostatečném efektu klozapin 12,5–50 mg na noc. Všechna ostatní antipsychotika zhoršují motorické symptomy. Antipsychotika první generace jsou absolutně kontraindikována pro extrapyramidové nežádoucí účinky. V USA je v této indikaci dostupný inverzní agonista a antagonista serotoninových 5-HT2A receptorů pimavanserin, který u nás není zatím k dispozici. Při léčbě deprese nebo úzkosti preferujeme serotonergní antidepresiva (SSRI a venlafaxin),