

Obr. 3. Ložiska hypoaktivity, v tomto případě je největší ložisko bilaterálně parietálně a drobnější bilaterálně temporálně, viditelné v modrém a zeleném zbarvení, v typických lokalitách nacházených často u pacientů s ADHD

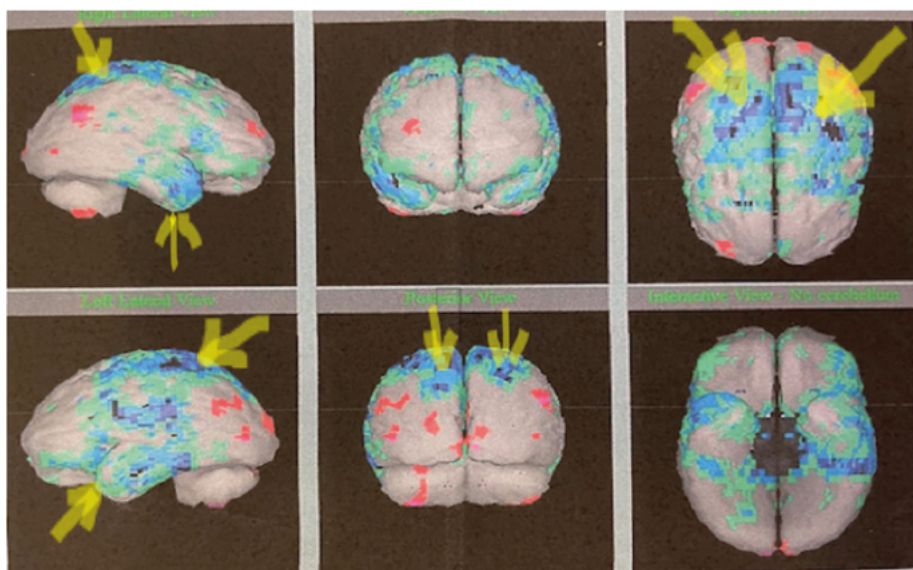
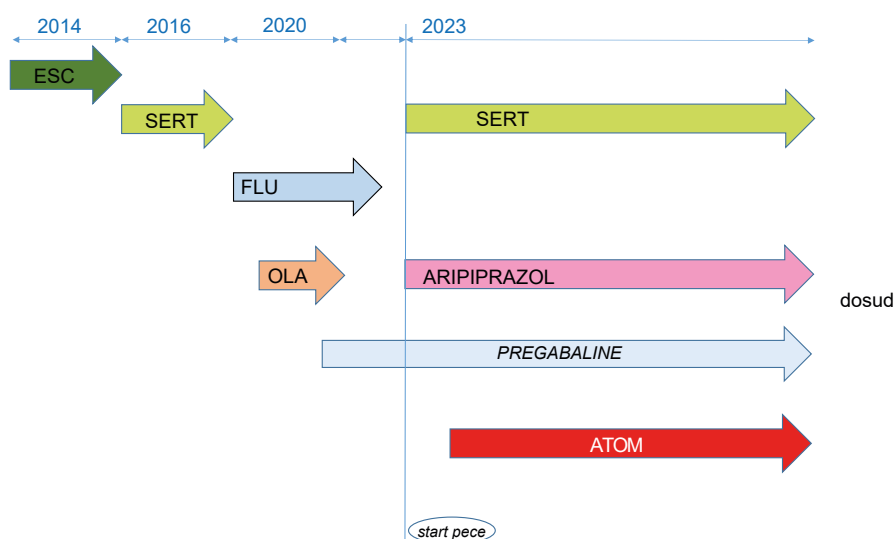


Schéma 1. Čtyřkombinace léků u pacientky



v malé dávce 5 mg/den i s cílem augmentovat dosud neúspěšnou léčbu komorbidní OCD. Dualista D2 receptoru aripiprazol je nejstarší a již osvědčený zástupce této skupiny (14). Druhogenerační antipsychotika jsou již léta off-label používána ke korekci deregulovaného afektu a stabilizaci ve strategii léčby podle fenotypu čili symptomaticky (15).

Body 1 i 2 považují za symptomatiku spíše charakteristickou pro Aspergerův syndrom.

3. Dosud neúčinný fluoxetin (pozor, je třeba myslet na jeho týdny cirkulující aktivní metabolity) byl vysazen. Opatrně byl nahrazen znovu sertralinem, zpočátku v 50 mg, později dotitrován na 100 mg/d.

4. ADHD – tj. hyperaktivita /impulzivita/ kognitivně-exekutivní narušení.

Atomoxetin byl postupně titrován za hospitalizace. S opatrností vzhledem k polypragmazi začínáme 18 mg/d v prvních sedmi dnech, od osmého dne do konce 12. týdne se stále držíme nízko, a to na 25 mg/d. Ve 13.–16. týdnu navýšíme na 40 mg a od 17. týdne na 60 mg. Od 25. týdne bylo možno přejít na 80 mg denně, což je standardní dávka pro dospělého.

Pacientka je nyní na čtyřkombinaci léků, viz Schéma 1.

Po 3 měsících této terapie došlo k ovlivnění jádrových příznaků – zlepšení schopnosti organizace času, plánovacích schopností, zmírnění poruchy pozornosti, emočního kolísání a snížení impulzivity. Úzkostná porucha byla v uspokojivé

remisi, OCD v částečné remisi s podstatně menším vlivem na chování a emotivitu. Pacientce se dokonce podařilo zlepšit náhled na své potíže, a to i přes ego-syntonní OCD. Nepochybně díky nenarušenému intelektu, navíc snížení intenzity symptomů umožní i zapojení kompenzačních mechanismů. Došlo k posunu v jejím sociálním fungování v domácím soužití, na kterém je emočně i existenčně závislá. V kontextu situace znamená právě tento výsledek ovlivnění kvality života.

Diskuze

Co se týká ADHD symptomů, máme z preparátů k cílené on-label léčbě dvě volby. Atomoxetin není stimulans a neznámá okamžitě ovlivnění dopaminergních zásob a transmise. Riziko dekompenzace anxiety, neklidu a agitovanosti je předpokládáno podstatně menší než u methylfenidátu (16).

Methylfenidát by mohl i zhoršit OCD symptomatiku u některých jejích podtypů (14). Což je sice do jisté míry empirie, ale je potřeba brát toto potenciální riziko vážně. V tomto složení příznaků i směrem k autistickému spektru také není jistota, že methylfenidát svým účinkem nezhorší poruchy chování spjaté s aspergerovskou symptomatikou.

Farmakologickým mechanismem atomoxetinu (inhibice vychytávání noradrenalinu, podobně jako u dalších léků používaných při léčbě OCD, doplněná o inhibitor vychytávání serotoninu sertralin) by měla zajistit rovněž příznivý efekt na OCD. Při dávkování je vhodný i ohled na možnou serotoninergní aktivitu atomoxetinu samotného (16, 17).

Aripiprazol jako vysokoafinitní sloučenina sice tzv. „obsadí, co se dá“ svojí postsynapticky silnou afinitou k D2, ale zároveň má částečný účinek agonisty, takže v opatrném dávkování 5–7,5 mg/d nezhorší kognitivní narušení, nebude sedovat a nebezpečí akutní dystonie a kardiometabolických negativních efektů je minimální.

Obecná rada při kombinaci těchto či jiných psychofarmak: není dobré podceňovat farmakokinetické náležitosti, atomoxetin a hodně zástupců inhibitorů serotoninového transportéru a zástupců kategorie antipsychotik jsou inhibitory či minimálně substráty CYP-P450-2D6 (16).

Při jakékoli pochybnosti přispěje ověření lékových hladin k větší jistotě.