

porucha kontroly impulzů (např. agitovanost, desinhibice, obsedantnost), poruchy sociálního chování, sociální nepřiměřenost a poruchy vnímání a abnormní obsahy myšlení (psychotické symptomy). MBI se může, ale nemusí kombinovat s mírnou poruchou poznávacích funkcí. Již v tomto období predemence, kdy je jedinec plně soběstačný, se mohou projevit poruchy chování, spojené s neklidem.

U některých typů demencí se může neklid objevovat poměrně brzy, při ještě mírném kognitivní postižení. Je to především u behaviorální formy frontotemporálních lobárních degenerací (bFTLD, označovaná dříve jako Pickova choroba), kde mohou být poruchy chování na samém začátku demence. Poruchy chování spojené s neklidem s projevují časně také u demence s Lewyho tělísky (DLBD). Tam se objevují psychotické příznaky – halucinace zrakové nebo komplexní, s pocitem vtažení do děje. Nemocní si to pak vysvětlují pomocí persekucních bludů. U tohoto typu demence je zvýšená přecitlivělost na podání antipsychotik, které vede k častým pádům, a ty mohou skončit i smrtelně.

Existuje více faktorů, které mohou neklid u demencí provokovat nebo zesilovat. Ze somatických faktorů je to např. bolest, obstipace, naplněný močový měchýř. Neklid může také zvyšovat mechanické omezení. Z psychosociálních faktorů to může být např. nešetrné kárání pacienta za to, že si něco nepamatuje nebo že něco udělal špatně.

Neuropsychiatrické příznaky jsou velmi časté projevy demencí, objevují se u více než 90 % pacientů (14). Prevalence různých projevů těchto příznaků v různých souborech pacientů kolísá. Halucinace se objevují u 15–50 % pacientů, bludy u 10–75 %, agitovanost a agresivita u 50 % (7).

Častou příčinou neklidu u demenčních pacientů bývá také nasedající delirium, jeho terapie však již překračuje rozsah tohoto článku.

Farmakoterapie neklidu u demencí

V prvé řadě se při výskytu neklidu snažíme uplatnit nefarmakologické přístupy. Snažíme se zjistit příčinu neklidu, a tu odstranit, např. bolest podáním analgetik. Dále používáme všechny dostupné nefarmakologické postupy, jako je úprava prostředí pacienta, kognitivní trénink, cvičení, terapie světlem, aromaterapie, muzikoterapie, individuální pohovory s pacienty.

Mechanické omezení pacienta volíme jako krajní variantu na co nejkratší dobu, kdy je těžkým neklidem ohrožen sám pacient (např. pády). Nicméně u většiny pacientů je nutno alespoň jednorázově nebo krátkodobě použít psychofarmaka. První volbou v takovýchto případech bývají antipsychotika (2, 12, 15, 16, 19, 24).

Vzhledem ke zpomalenému celkovému metabolismu a relativně nižšímu obsahu vody v těle je rovněž zpomalen metabolismus farmak u seniorů, kteří tvoří většinu z lidí postižených demencí. U seniorů se ve zvýšené míře mohou projevit nežádoucí účinky antipsychotik, především extrapyramidové projevy. Proto při jejich podání volíme zásadu „start low, go slow“, začínáme nízkými dávkami a opatrně zvyšujeme na nejnižší účinnou dávku. U antipsychotik si musíme uvědomit i zvýšené riziko cévních mozkových příhod. Většina antipsychotik v indikaci neuropsychiatrických příznaků je podávána off-label. Před podáním musíme zvážit poměr rizika a očekávaného benefitu farmaka. Musíme též zvážit riziko cévní mozkové příhody (14, 15).

Volba vhodného antipsychotika

Vzhledem k nižším nežádoucím účinkům, především extrapyramidovým, dáváme při léčbě neuropsychiatrických příznaků přednost antipsychotikům 2. a 3. generace. Z antipsychotik 1. generace nachází uplatnění především haloperidol. Ten je vhodný zejména k léčbě akutního silného neklidu. Při silném neklidu se podává zpravidla 5 mg i. m. a podle potřeby se opakuje. Po ztišení akutního neklidu lze přejít na perorální podání ve formě kapek nebo tablet, ale pouze po krátkou dobu několika dnů.

Další antipsychotikum 1. generace ze skupiny butyrofenonů je melperon (firemní název Buronil). V ČR je v současnosti dostupná pouze perorální forma, nikoli injekční. Tato látka má málo nežádoucích účinků a spíše se blíží skupině antipsychotik druhé generace. Dávkuje se buď jenom na noc 25–50 mg (při nočních neklidech, nespavosti), nebo až 150 mg/den rozděleno do tří až čtyř denních dávek. Melperon je poměrně málo účinný na psychotické příznaky, ale dobře ovlivňuje neklid a má menší nežádoucí extrapyramidové efekty než většina antipsychotik 1. generace.

Z antipsychotik 2. generace je hojně používán substituovaný benzamid Tiaprid. Působí selektivní blokádu dopaminergních D2/D3 re-

ceptorů. Tato látka má velmi malé antipsychotické působení, ale dobře tlumí neklid organických pacientů a působí protidelirantně. Tiaprid se podává v denní dávce 300 mg, někdy až 600 mg rozděleno do tří i více dávek, ale někdy se podává pouze 100–200 mg na noc. Je k dispozici v perorální i injekční formě.

Další častěji používané antipsychotikum v této indikaci je quetiapin. Výhodou této látky jsou poměrně slabší extrapyramidové nežádoucí příznaky než u většiny dalších antipsychotik. Proto je vhodná především pro pacienty s extrapyramidovou hypertonicko-hypokineticou symptomatickou (Parkinsonova choroba, parkinsonské syndromy, demence s Lewyho tělísky). Někdy bývá používán jako dlouhodobá medikace v malých dávkách, především na noc u pacientů s demencí (8, 13). Obvyklá dávka je 25 mg na noc nebo 2–3 × 25 mg/den.

Risperidon je vhodné podávat v malých dávkách 0,25–2 mg/den, a to po dobu ne delší než 12 týdnů (18, 25). V kontrolované dvojité slepé klinické studii třináctitýdenního podávání risperidonu vs. haloperidolu vs. placebo (průměrné denní dávky 1,1 mg risperidonu a 1,2 mg haloperidolu) se projevilo statisticky nevýznamné zlepšení po risperidonu oproti haloperidolu. Nežádoucí extrapyramidové příznaky se vyskytly u risperidonu méně často než u haloperidolu a nelišily se signifikantně od placebo (6).

Olanzapin, antipsychotikum ze skupiny multireceptorových antagonistů ovlivňuje v malých dávkách poměrně dobře neklid a další neuropsychiatrické příznaky, má však riziko výraznějších nežádoucích účinků, jako je hyperglykemie, příbytek na váze, poruchy lipidového spektra. Navíc má i anticholinergní efekt, který může kromě kardiotoxicity ještě vyvolávat deliria a zhoršovat kognitivní funkce (5).

Ziprasidon byl zkoušen spíše jednotlivě, nikoli formou rozsáhlé dvojité slepé klinické studie, a prokázal dobré efekty u agitovanosti a psychotických příznaků v rámci demence (4). V otevřené klinické studii prokázal signifikantní efekt v léčbě neuropsychiatrických symptomů měřeno testem MPI, ale objevily se nežádoucí účinky (17).

Klozapin je používán zcela výjimečně u psychotických příznaků v rámci demencí, které jsou rezistentní na ostatní antipsychotika.