

referáty o literatuře

Borras L, Eytan A, de Timary P et al. **Pulmonary thromboembolism associated with olanzapine and risperidone**

(Plicní tromboembolie spojená s olanzapinem a risperidonem)
J Emerg Med 2008; 35 (2): 159–161

Několik studií a zpráv poukazuje na zvýšené riziko venózního tromboembolismu (VTE) u pacientů léčených konvenčními antipsychotiky včetně clozapinu. Autoři z univerzitního psychiatrického pracoviště v Ženevě referují o případu 25letého muže se schizoafektivní poruchou. Nebyl u něho zjištěn rizikový faktor pro tromboembolii. Přesto u něho třikrát došlo k plicní embolii: poprvé krátce po zahájení léčby olanzapinem a dvakrát při léčbě risperidonem. Tento případ naznačuje, že VTE může být spojen také s užíváním olanzapinu a risperidonu, dvou atypických antipsychotik, která mají podobné vlastnosti a stejný antagonismus vůči serotoninovým receptorům v CNS. Ten je pravděpodobně zahrnut do tohoto nežádoucího účinku. Jak je tímto pozorováním naznačeno, pacienti, kteří prodělali epizodu VTE při léčbě antipsychotiky s afinitou k serotoninovým receptorům v mozku, by měli dostávat neuroleptika z jiných skupin, jako např. amisulprid, který je bez interakce se serotoninovými receptory. Takoví pacienti by měli být pozorně monitorováni k zabezpečení včasného zjištění VTE a jeho okamžité léčby.

Coury D **Dexmethylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder**

(Dexmethylfenidát pro poruchu pozornosti s hyperaktivitou)
Expert Opin Pharmacother 2009; 10 (16): 2679–2685

Dexmethylfenidát je izomer psychostimulancia schválený pro léčbu poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD, attention deficit hyperactivity disorder). Léky v podobě izomerů mají potenciál pro úbytek nežádoucích účinků a zlepšení léčebné účinnosti. Psychostimulancia byla 50 let stěžejní léčbou ADHD a schopnost redukovat jejich nežádoucí účinky by byla užitečná v podpoře compliance pacientů s ohledem na léčbu. Cílem studie amerického autora (Ohio State University, Columbus) bylo posoudit literaturu týkající se bezpečnosti a účinnosti dexmethylfenidátu. Byly využity vyhledávače MedLine a PubMed se zaměřením na výzkum dexmethylfenidátu. Z výsledků a závěrů studie vyplynulo, že dexmethylfenidát je bezpečnou a účinnou léčbou ADHD. Jeho celkový profil bezpečnosti a snášenlivosti je podobný jako u jiných členů skupiny psychostimulancií.

Onalan O, Cumurcu BE, Behar L **Complete atrioventricular block associated with concomitant use of metoprolol and paroxetine**

(Kompletní atrioventrikulární blok spojený se současným použitím metoprololu a paroxetinu)
Mayo Clin Proc 2008; 83 (5): 595–599

Turečtí autoři (univerzitní kardiologické pracoviště v Tokatu) se domnívají, že referují poprvé o kompletním atrioventrikulárním (AV) bloku v souvislosti se současným podáváním metoprololu a paroxetinu. Šlo o 63letou ženu léčenou 20 mg paroxetinu a 0,5 mg alprazolamu denně po dobu 1 roku a 50 mg metoprololu denně po dobu 15 dní. Byla přivezena s presynkopou a kompletním AV blokem. Tři dny po přerušení léčby metoprololem byla tato pacientka přeložena na kliniku (autorů) ke zvážení implantace permanentního pacemakeru. Léčba paroxetinem byla přerušena první den a AV blok vymizel 5. den. Bylo to potvrzeno 24hodinovým záznamem podle Holtera. Bradyarytmie nebyla navozena stejnými dávkami metoprololu nebo paroxetinu podávanými samostatně. Během 2–3leté katamnězy pacientka stále neměla bradyarytmii, což bylo prokázáno pomocí EKG a 24hodinovými záznamy podle Holtera. Podle autorů platí, že pokud si lékaři ve zvýšené míře uvědomí možnost polékové akutní bradyarytmie, bylo by tak možné předejít zbytečné implantaci permanentních pacemakerů.

Reardon CL, Factor RM **Bizarre behavior in a patient treated with prazosin for PTSD**

(Bizarní chování u pacienta léčeného prazosinem pro posttraumatickou stresovou poruchu)
Am J Psychiatry 2008; 165 (6): 774–775

Prazosin je α_1 -antagonista, který se často používá k léčbě hypertenze a benigní hypertrofiie prostaty. Také se ukázalo, že zmírňuje příznaky posttraumatické stresové poruchy (PTSP), obzvláště noční můry. Prazosin může způsobit závratě a ospalost, ale nejsou zprávy o psychiatrických vedlejších účincích. Proto američtí autoři (pracoviště Madison, Wisc.) popsali případ 42letého pacienta, který prožil polymorfní konverzní příznaky s bizarním chováním po zahájení léčby prazosinem 1 mg denně pro noční můry v rámci PTSP. Po vysazení prazosinu zvláštní chování do 30 hodin odeznělo a neobjevilo se ani za půl roku.

Prazosin je ve zvýšené míře užíván mimo oficiální doporučení (off-label) k léčbě nočních můr způsobených PTSP. Pokud je užíván k léčbě hypertenze a hypertrofiie prostaty u pacientů bez duševní choroby, nejsou ve studiích s prazosinem hlášeny vedlejší účinky se vztahem k chování. Bylo by zajímavé zjistit, jaké vedlejší účinky po prazosinu by mohly vzniknout u psychiatrických pacientů.

Virit O, Selek S, Savas HA et al. **Improvement of restless legs syndrome and trichotillomania with aripiprazole**

(Zlepšení syndromu neklidných nohou a trichotilomanie po aripiprazolu)
J Clin Pharm Ther 2009; 34 (6): 723–725

Kazuistika tureckých autorů (univerzitní pracoviště v Gaziantepu) popisuje 39letou ženu se syndromem neklid-

ných nohou (RLS, Restless Legs Syndrome) a trichotilomanií (TTM). Byla léčena venlafaxinem a clonazepamem s částečným zlepšením RLS a žádnou odpovědí u TTM.

Když byl ke clonazepamu přidán aripiprazol, dostaly se RLS i TTM do plné remise. Autoři naznačují, že by aripiprazol stál za zkoumání pro léčbu těchto poruch.

MUDr. Jaroslav Veselý

ohlasy

KRITICKÉ PŘIPOMÍNKY A DODATKY K ČLÁNKU M. ZVĚŘOVÉ „PARAZITÁRNÍ BLUD V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI“

(ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE 2009, 105, Č. 4, S. 177–180)

MUDr. Jaroslav Vacek

Lesní 15, 360 07 Karlovy Vary

Říkává se, že „bohemia non leguntur“. Méně lze pochopit, pomine-li předešlá „bohemia“ český autor. Přihodilo se to autorce výše citovaného článku, když uvedla pouze dva české zdroje (Křížek, Chodura). V roce 1956 podala zprávu o této poruše česká autorka Štolcová (Referátový výběr z psychiatrie, ročník 1, s. 74–75), kterou se mi nepodařilo sehnat; její příspěvek zmiňovali další čeští autoři.²⁸ V roce 1957 popsala jeden případ „chronické taktilní halucinózy“ Březinová-Morávková,¹ v roce 1958 následoval článek o „chronických taktilních halucinózách“ od Vencovského s Peterovou,²⁷ kteří se lakonicky zmínili o svých devíti případech této poruchy, a v témže roce ji popsali u svých čtyř nemocných Vojtěchovský, Engelsman a Vojtěchovská.²⁸ V roce 1962 vylíčil Křížek⁹ jednu kazuistiku „taktálně-halucinatorního syndromu, sdruženého s bludem infestace“ a tentýž autor o něm referoval krátce v roce 2001.¹⁰ Chodura⁸ popsal v roce 1969 „izolovaný syndrom taktilní halucinózy s bludem infestace“ u jedné nemocné při chronické intoxikaci efedrinem a zmínil se o obdobných zkušenostech J. Dvořáka z roku 1956 u nemocného s chronickou intoxikací Yastilem.² V roce 1977 referovali o bludové parazitóze slovenští autoři Medvecký a Netočný¹² a zmínili se o svých šesti nemocných. Zavzali ji do tzv. „cirkumskriptního hypochondrického vývoje“. Také česká dermatoložka Pánková¹⁷ se v roce 1979 zmínila ve svém článku o „psychogenních dermatózách“ o syndromu bludové parazitózy. Tatáž autorka napsala stať o psychosomatické v dermatologii v knize Bašteckého a spolupracovníků,¹⁸ kde se krátce zmínila i o taktilní halucinóze. Do počátku 80. let 20. století jsem se bludovou parazitózou intenziv-

ně zabýval a uveřejnil o ní v roce 1982 v dermatologickém periodiku zevrubný článek, čerpající z angloamerického, francouzského, německého, skandinávského, italského a československého písemnictví, v němž se nacházelo více než 200 kazuistik této poruchy.²⁵ Vinou „normalizačního“ zákazu mé publicistické aktivity jsem ho tehdy musel zaslát do nepsychiatrického periodika, kde nebyla tabuizace mé osoby známa.

Většina autorů soudí, že jde o pouhý syndrom, a nikoliv o nozologickou jednotku. Je to oprávněné? Jisté pochybnosti namísto jsou. Syndrom v rámci kterého primárního onemocnění? Ve většině případů bludové parazitózy nejsme schopni žádné primární tělesné nebo psychické onemocnění identifikovat. Existují „čisté“ případy, možno říci „typické“, u nichž žádné etiopatogeneticky relevantní primární onemocnění neprokážeme. Jde o chronické průběhy, u nichž kromě bludu o napadení parazity včetně šalebných senzací nenacházíme nic z celé bohaté palety symptomů psychotických poruch jakékoliv geneze, a jak píše Hanzlíček,⁷ jsou to „somaticky zdraví jedinci, v anamnéze není psychická porucha (...) Stav se nemusí po řadu let měnit (...) Příčina neznámá“, což doplňuje např. Peters¹⁹ zjištěním, že „kromě bludu o napadení hmyzem je jejich myšlení jasné a spořádané“.

Prvenství v deskripci bludové parazitózy se zpravidla přisuzuje francouzskému dermatologovi Thiebiergemu z roku 1894, dle Flecka³ si však vůbec poprvé této poruchy všiml Francouz Charcellay de Tours v roce 1843. Thiebierge poruchu pokřtil na „akarofobii“ podle zoologického názvu původce svrabu *Acarus hominis*. Do psychiatrie ji