

recenze

Jörg Walden, Heinz Grunze

BIPOLARE AFFEKTIVE STÖRUNGEN.
DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG

Stuttgart : Thieme, 2009, 5., přeprac. a rozš. vyd., 55 s.

V předmluvě autoři uvádějí, že za posledních 10 let se poznatky o diagnóze a léčbě bipolární afektivní poruchy značně rozšířily. Poukazují hlavně na socioekonomické následky onemocnění, především na pracovní neschopnost a včasné převedení do důchodu, což vyžaduje nemalé náklady. Kniha je stručná, rozdělená do několika kapitol:

1. epidemiologie a společenské následky BP
2. rozdělení a průběh BP
3. léčebné strategie u BP

Jako první popsal příznaky mánie řecký lékař Areteus z Kappadokie v 1. století po Kristu. Teprve Leonhard však exaktně rozlišil bipolární a unipolární afektivní poruchy. Prevalence BP činí 1,0–1,6 % populace, BP II 0,5 %, unipolární deprese 1,0–19,0 %. Sebevražedné pokusy se vyskytují u nemocných s BP u 0,9 % oproti 0,015 % na 100 000 v normální populaci. V Německu se odhadují roční výdaje způsobené touto poruchou na 6 miliard eur.

U 14 % pacientů s BP probíhá choroba chronicky.

Pozornost věnují „rychlým cyklérům“. Řadí sem pacienty, kteří prodělají minimálně 4 epizody manické, hypomanické, depresivní, nebo smíšené epizody v posledních 12 měsících. Rozlišují rychlé cykléry, ultrarychlé cykléry a ultra-ultrarychlé cykléry. Studie z USA ukazují, že 69 % pacientů s BP je na počátku onemocnění špatně diagnostikováno. Léčbu dělí na období akutní, stabilizační a profylaktickou mezi jednotlivými fázemi. Zabývají se především léčbou medikamentózní. V léčbě mánie hodnotí především lithium, antiepileptika, antipsychotika 2. generace. Lithium je účinné především v léčbě akutní mánie a psychoprofylaxi. V léčbě depresivních epizod u BP doporučují lithium, antiepileptika, především lamotrigin, a jako přidatnou léčbu antidepresiva. U akutní fáze se nejvíce osvědčuje elektrokonvulzivní terapie, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, méně již spánková deprivace a fototerapie.

V další části knihy rozebírají podrobněji tyto preparáty:

- lithium – v profylaxi hladina 0,6–0,8 mmol/l, u akutní mánie 1,0–1,2 mmol/l;
- valproát – v léčbě akutní mánie a profylaxe epizod v dávce 600–2400 mg pro die;
- karbamazepin – v léčbě mánie a smíšených stavů v dávce 600–1800 mg pro die;
- oxkarbamazepin – v dávce 900–2400 mg pro die;
- lamotrigin – v profylaxi epizod v dávce 200 mg pro die a jeho titraci po 14 dnech postupně 25, 50, 100, 150 a 200 mg pro die;
- quetiapin – v léčbě manické, depresivní fáze a psychoprofylaxe v dávce 300–600 mg pro die;
- olanzapin – v léčbě manické a smíšené epizody a v profylaxi v dávce 15–20 mg pro die. Osvědčil se v léčbě zejména rychlých cyklérů;
- risperidon – v léčbě antimanické a udržovací terapie, především v depotní formě v dávce 25 mg jedenkrát za 14 dní. Poukazují u tohoto preparátu na nebezpečí výskytu extrapyramidových symptomů v dávce 6 mg a vyšší;
- aripiprazol – u manických a smíšených epizod i v profylaxi v dávce 20–25 mg pro die;
- ziprasidon – v léčbě manické a smíšené epizody i profylaxe v dávce 80–160 mg pro die.

O klozapinu, amisulpridu a zotepinu se zmiňují jen okrajově. Z typických neuroleptik (Němci se stále drží terminologie neuroleptika pro 1. generaci antipsychotik) se zmiňují o haloperidolu, chlorpromazinu, zuclopentixolu a flupentixolu.

Antidepresiva by měla být použita ve druhé řadě pro nebezpečí přesmyku z mánie do deprese a naopak.

Jako zatím příliš neověřenou léčbu uvádějí gabapentin a antagonisty kalciového kanálu.

V seznamu literatury jsou uváděni výhradně anglosaští autoři.

Publikace nepřináší v zásadě žádné novinky. Důležité je její poukázání na závažnost a socioekonomické následky. Hodnocena může být pozitivně pro svou stručnost a přehlednost jako praktický manuál.

doc. MUDr. František Faltus, DrSc.