

Analiza leczenia pacjentki z przewlekłą schizofrenią – porównanie z algorytmem wg *Maudsley Prescribing Guidelines*¹

*A case study of chronic schizophrenia
– a comparison with the Maudsley Prescribing Guidelines algorithm*

GRAŻYNA JAŃCZAK, ANDRZEJ KIEJNA, MONIKA KANTORSKA-JANIEC

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu

STRESZCZENIE. W prezentowanej pracy autorzy przedstawiają zastosowanie algorytmu leczenia schizofrenii wg *Maudsley Institute* w praktyce klinicznej. Odwołują się do analizy terapii pacjentki z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii.

SUMMARY. The authors present the *Maudsley Prescribing Guidelines* algorithm for the treatment of schizophrenia as applied in clinical practice, referring to a case study of a female patient with the diagnosis of chronic schizophrenia.

Słowa kluczowe: schizofrenii / algorytm leczenia / opis przypadku
Key words: schizophrenia / algorithm of treatment / case report

Jak dotąd, nie ma empirycznie udokumentowanych procedur, jednoznacznie określających optymalny sposób leczenia schizofrenii [4]. W grupie neuroleptyków nie można wyraźnie wydzielić takich, które są ściśle „leka-
mi pierwszego rzutu”. Dzieje się tak, ponieważ efekt leczenia związany jest zarówno z właściwościami neuroleptyku, jak i stanem psychicznym chorego oraz osobniczą wrażliwością. Dlatego w grupie klasycznych neuroleptyków możliwa jest jedynie pewna hierarchizacja wskazań w określonych zespołach zaburzeń psychicznych [2]. Biorąc jednak pod uwagę neuroleptyki atypowe, głównie kłozapinę i risperidon, opracowano wiele algorytmów postępowania w schizofrenii, czyli procedur decyzyjno-leczniczych, które uwzględniają udział tych leków na różnych etapach leczenia. Jeden z nich – wg wskazówek Instytutu Maudsleya w Londynie

(*Maudsley Prescribing Guidelines* MPG, maj 1995) [za: 1] – przedstawiono na rys. 1.

Zastosowanie algorytmu w odniesieniu do praktyki klinicznej przedstawiono na przykładzie leczenia pacjentki z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii.

OPIS PRZYPADKU

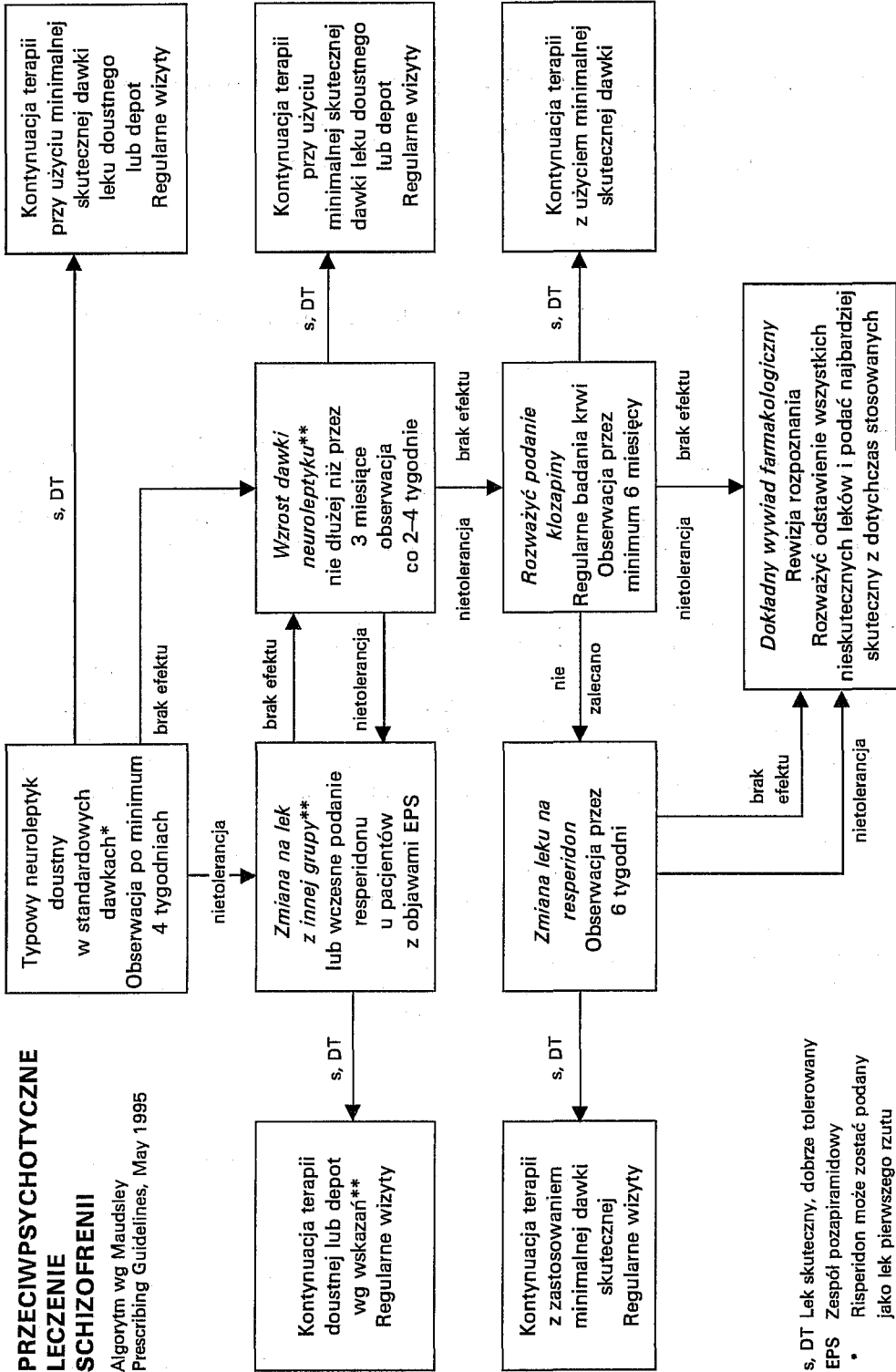
S.W., 51-letnia kobieta, mężatka, matka dwójki dzieci, zamieszkuje z mężem i z dziećmi. Ma wykształcenie wyższe. Od wielu lat jest na rencie inwalidzkiej drugiej grupy z powodu choroby psychicznej. Brat pacjentki cierpi na schizofrenię. W przeszłości pacjentka somatycznie poważniej nie chorowała. Podczas ostatniej hospitalizacji psychiatrycznej w badaniu fizykalnym stwierdzano obecność żyłaków kończyn dolnych. Pierwsza miesiączka w wieku lat 15, ostatnia w 48 roku życia. Dwa razy zachodziła w ciążę, dwa razy rodziła, o czasie, siłami natury.

Leczona od 1968 roku z rozpoznaniem schizofrenii. Wielokrotnie hospitalizowana

¹ Zmodyfikowana wersja doniesienia przedstawionego na konferencji „Kazuistyka w psychiatrii” w Szczepku 1997.

**PRZECIWPSYCHOTYCZNE
LECZENIE
SCHIZOFRENII**

Algorytm wg Maudsley
Prescribing Guidelines, May 1995



s, DT Lek skuteczny, dobrze tolerowany
 EPS Zespół pozapiramidowy
 * Zespół może zostać podany jako lek pierwszego rzutu
 ** Unikać podawania kilku leków neuroleptycznych

Rysunek 1. Schemat postępowania w leczeniu ostrej fazy schizofrenii wg Maudsley Prescribing Guidelines, maj 1995 [za:1].

psychiatrycznie. Początkowo stosowano głównie neuroleptyki fenotiazynowe. Od 1982 r. ze względu na objawy pozapiramidowe, jakie obserwowano podczas wcześniejszego leczenia neuroleptykami przyjmowała kłozapinę (*Leponex*). Kłozapinę odstawiono w 1990 r. z powodu zmian w obrazie krwi. Ponowne włączenie kłozapiny w 1991 r. zakończyło się niepowodzeniem z powodu leukopenii. Od 1994 r. pacjentka była leczona z dobrym skutkiem kłopentyksolem (*Sordinol*). Następnie, ze względu na objawy pozapiramidowe, przyjmowała tiorydazynę w dawce 500 mg/die.

Mimo systematycznego zażywania leków, stan psychiczny pacjentki pogorszył się. Skarżyła się, iż elektronicznie przesyłają jej wiadomości na temat zdrad, jakich dopuszcza się mąż. Czuła się zagrożona, słyszała głosy księży grożące śmiercią. Była znacznie pobudzona psychomotorycznie. Reagowała agresją słowną i czynną na obecność męża. Była drażliwa, łatwo napinała się. Została skierowana do szpitala psychiatrycznego przez lekarza rejonowej poradni zdrowia psychicznego. Hospitalizacja trwała od 2.07.1996 r. do 12.09.1996 r. Przy przyjęciu była w formalnym kontakcie, wypowiedzi zdawkowe, z otamowaniami, pauzami mutystycznymi, licznymi niedokojarzeniami. Przyjmowała ambiwalentną postawę wobec badania. W zachowaniu widoczne było duże niedostosowanie oraz zmienność postawy emocjonalnej od obojętności po reakcje gniewne. Wypowiadała urojenia zdrady małżeńskiej, oddziaływania, prześladowcze. Żywo halucynowała słuchowo, wykazując głęboki sąd realizujący. W izbie przyjęć otrzymała domięśniowo 100 mg octanu kłopentyksolu (*Clopixol acuphase*) – w trakcie przyjmowania do szpitala pobiła swojego męża. W oddziale skarżyła się, że „uciekają mi oczy”. Na zlecenie lekarza dyżurnego otrzymała doustnie prydynol. Następnie kontynuowano leczenie tiorydazyną w dawkach wzrastających, lecz – bez efektu.

Rozpoczęto kurację chloropromazyną, osiągając maksymalną dawkę 1100 mg/die – bez poprawy. W zachowaniu dominował niepokój, chora urojeniowo interpretowała

gesty i spojrzenia innych, wchodziła w konflikty z pacjentkami. Była rozkojarzona w kontakcie, ujawniała postawę wielkościową. Przy braku poprawy stanu psychicznego, rozwinęły się objawy zespołu pozapiramidowego: ograniczenie współruchów kończyn górnych przy chodzeniu, wzrost napięcia mięśniowego w zakresie mięśni mimicznych, nieznaczne trudności w mówieniu. Odstawiono chloropromazynę, podano lewopromazynę. W wyniku – obserwowano znaczną hipotonię, wymagającą podawania leków analeptycznych. Odstawiono lewopromazynę.

Ponownie próbowano włączyć do terapii kłopentyksol (*Clopixol*), jednakże po raz kolejny wystąpiły objawy nadmiernej neuroleptyzacji: ślinotok, zamazana mowa, nieco wzmożone napięcie mięśniowe, przy braku poprawy w stanie psychicznym. Pacjentka była beczynna, przebywała w łóżku, nie podejmowała kontaktu, na zadawane pytania uśmiechała się nieadekwatnie, chowała twarz w dłoniach lub przykrywała kołdrą, była dziwaczna. Stan psychiczny nie uległ poprawie, pogarszała się tolerancja leków: nasiliła się hipopatia, ślinotok, zamazanie mowy, wzmożenie napięcia mięśniowego, redukcja ekspresji ruchowej. Okresowo chora pobudzała się, rozbierała do naga, w jednej z pacjentek widziała swoją zmartwychwstałą matkę. Chwilami wybuchała głośnym, nieadekwatnym śmiechem. Nie ujawniała treści przeżyć psychicznych. Sprawiała wrażenie żywo halucynującej.

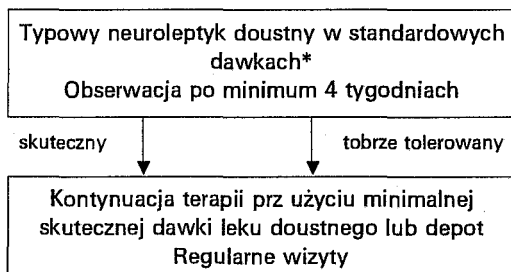
Zdecydowano stopniowo wycofać kłopentyksol i wprowadzić risperidon (*Risperdal*). Od tego momentu stan psychiczny pacjentki zaczął się systematycznie poprawiać. Uspokoiła się, stała się podporządkowana, była w lepszym kontakcie emocjonalnym, wypowiedzi stały się bardziej zwarte. Sprawnie relacjonowała przeżycia chorobowe. Potwierdzała utrzymujące się omamy słuchowe, chociaż o mniejszym nasileniu – męskie głosy, które jednak nie zagrażały chorej. Przyjmowała uzasadnienie, że są to doznania chorobowe. Czuła oddziaływania na siebie. Nadal była przekonana, że jedna z pacjentek jest jej zmarłą matką. Otrzymała wówczas 3 mg

risperidonu/die. Konsekwentnie zwiększano dawkę leku. Następowala dalsza poprawa stanu psychicznego. Chora zaczęła nabierać dystansu do przeżyć psychotycznych, które nadal utrzymywały się, ale nie wpływały na jej zachowanie. Ekspresja afektywna była wyraźnie bogatsza i dostosowana. Pacjentka chętnie i łatwo nawiązywała kontakt, rozmawiała o swoich przeżyciach omamowych, nie odczuwała lęku. Była aktywna ruchowo, z dobrą, żywą ekspresją. Utrzymywał się ślinotok. Dawka dobową risperidonu wynosiła 4 mg. Obserwowaliśmy dalszą, systematyczną poprawę. Ze względu na utrzymywanie się doznań omamowych powoli zwiększano dawkę leku do 8 mg pro die. Funkcjonowała dobrze, ale czuła się nieco gorzej. Odczuwała wewnętrzny niepokój, przymus chodzenia, trudności z zaśnieciem. Przedmiotowo obserwowano cechy niewielkiej akatyzzji, bez innych oznak zespołu pozapiramidowego. Zmniejszono dobową dawkę risperidonu do 6 mg. Ustąpiła akatyzzja. Pacjentka poczuła się lepiej. Nie wypowiadała przekonań urojeniowych, potwierdzała omamy słuchowe, do których zachowywała dystans emocjonalny i racjonalny. Akceptowała propozycję powrotu do domu. Współpracowała w trakcie leczenia. Została wypisana z Kliniki bez ostrych objawów psychotycznych, z rezydualnym zespołem paranoidalnym. Obecnie pozostaje pod opieką ambulatoryjną. Systema-

tycznie zgłasza się na wizyty kontrolne. Regularnie przyjmuje leki. Funkcjonuje dobrze.

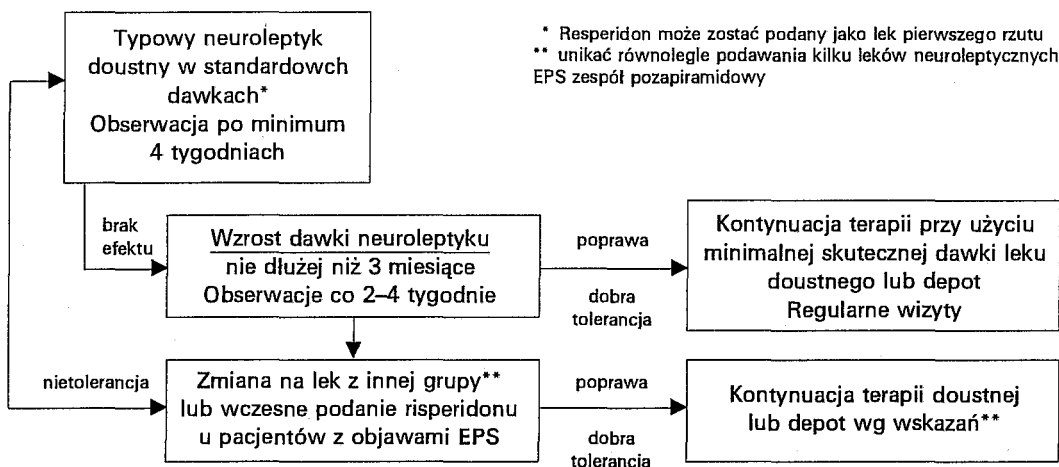
OMÓWIENIE

Odwołując się do algorytmu leczenia schizofrenii wg MPG przedstawimy poszczególne etapy terapii pacjentki, zarówno podczas ostatniej, jak i wcześniejszych hospitalizacji. Przestrzeganie każdego z ogólnie akceptowanych algorytmów jest rzeczą bardzo istotną: stwarza bowiem możliwość elastycznego leczenia i troski o jego skuteczność, bezpieczeństwo oraz komfort, zapewniający choremu odpowiednią jakość życia. Dopóki na rynku farmaceutycznym obecne były wyłącznie klasyczne neuroleptyki, pacjentka była leczona właśnie nimi.



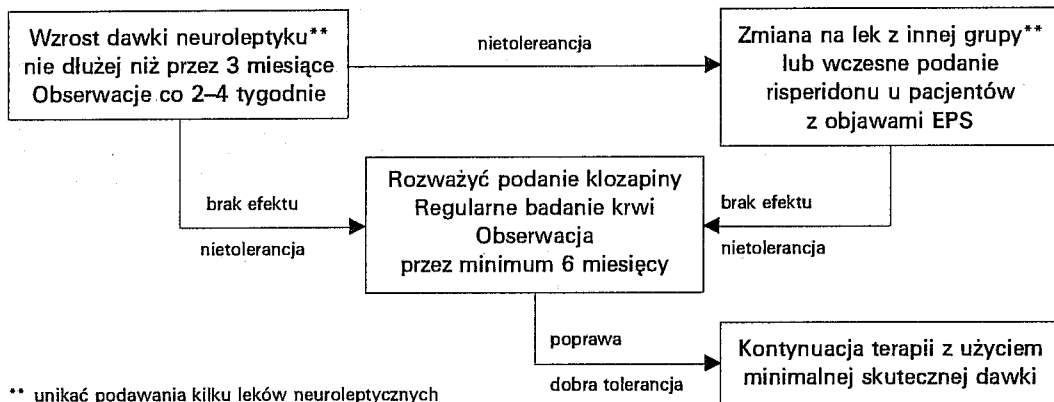
* Risperidon może zostać podany jako lek pierwszego rzutu

Terapia trwała do momentu, kiedy spadła jej skuteczność oraz ujawniły się działania uboczne (zespół pozapiramidowy).

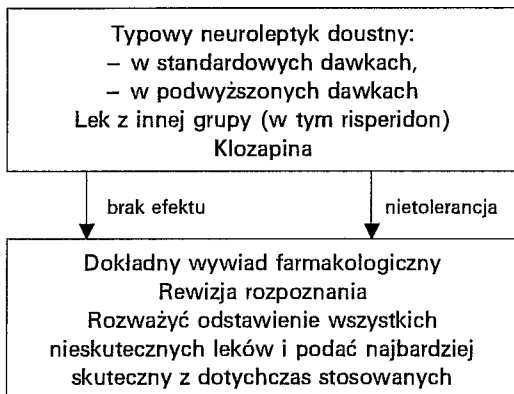


* Risperidon może zostać podany jako lek pierwszego rzutu
** unikać równoległe podawania kilku leków neuroleptycznych EPS zespół pozapiramidowy

Pojawiła się wówczas klozapina, stwarzając nowe nadzieje. Z powodzeniem zastosowano ją u pacjentki.



Po wieloletnim, ciągle skutecznym leczeniu, trzeba się było jednak wycofać: wynik morfologii krwi wskazywał na znaczną leukopenię. Terapia stała się zbyt niebezpieczna. Tak jak w algorytmie powrócono do klasycznych neuroleptyków i podano najbardziej skuteczną z dotychczas stosowanych.



Kolejne zaostrzenie psychozy, które było powodem ostatniej hospitalizacji, stanowiło duży problem terapeutyczny. Dlatego z chwilą, kiedy pojawił się risperidon przedstawiciel nowej generacji neuroleptyków (antagonista serotoninowo-dopaminergiczny), zastosowano go u pacjentki, co pozwoliło uzyskać zadowalającą remisję.

Zgodnie z algorytmem wg MPG należałoby najpierw wykorzystać możliwości risperidonu, a dopiero potem zastosować, w razie konieczności, klozapinę. Powodem takiej hierarchii może być bezpieczeństwo terapii risperidonem i klozapiną. Zastosowanie risperidonu po kuracji klozapiną jest możliwe, lecz zaleca się, by było poprzedzone przejściowym podaniem klasycznego neuroleptyku, przywracającego receptorem w o.u.n. właściwą wrażliwość [3]. Najkrótszy czas, w jakim można to zrobić, wynosi kilka tygodni. U omawianej pacjentki zastosowanie klozapiny poprzedziło leczenie risperidonem z prostej przyczyny – nie było go wówczas na żadnym rynku farmaceutycznym. Przejście z klozapiny na risperidon odbyło się jednak poprzez klasyczny neuroleptyk, choć nie trwało to tu kilka tygodni, lecz kilka lat, co tym bardziej usprawiedliwia taką zmianę terapii. Uzyskany efekt potwierdza słuszność podjętej decyzji.

Na zakończenie warto podkreślić fakt, iż nie znając algorytmu wg MPG ani innego schematu decyzyjno-leczniczego, podczas terapii omawianej pacjentki postępowaliśmy wg jego zasad. Algorytmy stanowią zbiór uporządkowanych, ogólnie akceptowanych zasad leczenia. Zaletą przedstawienia owych

reguł w postaci przejrzystego schematu decyzyjnego jest zwrócenie uwagi na dwie równorzędne składowe prawidłowo prowadzonej terapii: skuteczność i bezpieczeństwo.

PIŚMIENNICTWO

1. Frangou S., Murray R.M.: Schizophrenia. Martin Dunitz Ltd. 1996.
2. Puzyński S., Beręsewicz M.: Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. IPiN, Warszawa 1993.
3. Rzewuska M.: Ograniczenia w stosowaniu neuroleptyków w schizofrenii. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii, 1996, 5, 3–20.
4. Szczudlik A. Algorytm postępowania w chorobie Parkinsona. Medycyna Praktyczna – wydanie specjalne 1996, 5, (komentarz do przekładu: An algorithm for the management of Parkinson's disease. Neurology 1994, 44, suppl. 10).

*Adres: Dr Grażyna Jańczak, Katedra i Klinika Psychiatrii AM,
ul. Kraszewskiego 25, 50-229 Wrocław*