

**ANTIPSYCHOTIKA U DELIRIA TREMENS
ZNAMENAJÍ NEPŘIMĚŘENÉ RIZIKO**

K. NEŠPOR

Antipsychotika u deliria tremens

Často se setkáváme s tím, že jsou k nám překládáni pacienti s deliriem tremens, kteří byli před překladem masivně medikováni antipsychotiky. Pro takovou praxi neexistuje dostatečné zdůvodnění, lze naopak najít řadu důvodů, proč v této indikaci antipsychotika nepodávat.

– Nejzávažnějším důvodem je zvýšená mortalita při léčbě deliria tremens antipsychotiky. Mayo-Smith a spol. (2004) uvádějí relativní riziko smrti při léčbě antipsychotiky v porovnání s pacienty léčenými sedativy 6.6. To je v souladu se starší prací (Athen, 1986), která porovnávala mortalitu deliria tremens při léčbě clomethiazolem (mortalita činila 0 %) a při léčbě antipsychotiky (mortalita činila 6 %).

– Řada antipsychotik navíc snižuje záchvatový práh, a tedy zvyšuje riziko epileptických záchvatů, které jsou při odvykacím stavu po alkoholu i bez toho časté.

– Nepříjemná je i hypotenze a tachykardie, což mohou působit některá antipsychotika včetně u nás populárního tiapridu. Některá antipsychotika prodlužují QT interval na EKG, to pak může vést ke komorové tachykardii

K. NEŠPOR / ANTIPSYCHOTIKA U DELIRIA TREMENS ZNAMENAJÍ NEPŘIMĚŘENÉ RIZIKO

nebo fibrilaci. Rizikovým faktorem pro prodloužení QT intervalu je u deliria tremens častá deplece draslíku. Z běžných antipsychotik prodlužuje QT interval nejvíce thioridazin, dále chlorpromazin, ale i haloperidol nebo risperidon a další (Höschl a spol., 2002). Kardiovaskulární komplikace při léčbě antipsychotiky jsou zvláště nebezpečné u pacienta s deliriem tremens a alkoholovou kardiomyopatií.

– Závislost na alkoholu je rizikovým faktorem pro vznik maligního neuroleptického syndromu, zvláště jsou-li antipsychotika podávána parentálně a ve vysokých dávkách. Nejrizikovější je z tohoto hlediska haloperidol, ale byl také popsán případ maligního neuroleptického syndromu po tiapridu (Bartáková, 2002).

– Důvodem je i to, že neexistuje jediná placebem kontrolovaná studie týkající se antipsychotik v této indikaci. To alespoň uvádějí Mayo-Smith a spol. (2004), kteří zpracovali na základě meta-analýzy vodítka pro léčbu deliria tremens pro American Society of Addiction Medicine.

Léčba deliria tremens

Léčba deliria tremens by měla zahrnovat především úpravu minerálního a vodního hospodářství (častá bývá dehydratace a deplece hořčíku a draslíku) a vysoké dávky vitamínu B, pacienta je mnohdy nutno omezit v lůžku už proto, aby mohla probíhat infusní terapie. Je také třeba léčit přidružené zdravotní komplikace a vyloučit jinou etiologii deliria. Setkali jsme se např. s mylně diagnostikovaným deliriem tremens u pacienta s nitrolebním krvácením nebo u pacienta s mozkovým tumorem. Z psychofarmak lze doporučit per os podávaný clomethiazol v dávce maximálně 4,8 g za den (tj. 16 tobolek rozděleno do několika denních dávek). Clomethiazol ovšem vstupuje do život ohrožujících interakcí s alkoholem, a proto se nehodí pro ambulantní léčbu odvykacích stavů. Další možností je podávání benzodiazepinů (per os nebo v infusi, ale ne rychle nitrožilně). U obou zmíněných preparátů se často chybuje tím, že se podává příliš nízká dávka. Např. ve zmíněných vodítkách American Society of Addiction Medicine doporučují dávkování přísně individualizovat, při čemž se úvodní dávka nutná ke zklidnění pohybovala v jedné tam citované studii od 20 do 215 mg diazepamu (!). U benzodiazepinů v ambulantní léčbě se obáváme rizika rozvoje kombinované závislosti na benzodiazepinech a alkoholu, navíc je zde riziko interakcí s alkoholem. Proto může být u lehkých odvykacích stavů po alkoholu léčených am-

K. NEŠPOR / ANTIPSYCHOTIKA U DELIRIA TREMENS ZNAMENAJÍ NEPŘIMĚŘENÉ RIZIKO

bulantně zmíněný tiaprid jednou z možností, jak mírnit subjektivní obtíže pacienta. Léčba rozvinutého deliria tremens však vyžaduje jinou strategii. V naší praxi se osvědčilo podávat pacientům clomethiazol, kteří přijímají spolehlivě per os. Tam, kde pacient per os nepřijímá, podáváme v infusi spolu s minerály diazepam podle stavu např. 80 mg denně.

Stručná kasuistika

Bezprostředním motivem k napsání této práce bylo úmrtí muže ve věku 42 let, který by na naše pracoviště přeložen odjinud po masivní léčbě anti-psychoiky (tiaprid 100 mg po 4 hodinách, haloperidol „podle potřeby“). Pacient krátce po překladu náhle zemřel, dle pitevního nálezu bylo příčinou smrti selhání srdce.

L i t e r a t u r a

- Athen, D.*: Comparative investigation of chlormethiazole and neuroleptic agents in the treatment of alcoholic delirium. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 329, 1986, s. 167 – 170
- Bartáková, O.*: Strategie detoxifikace u návykových látek. Práce k nastavbové atestaci. Praha 2002, s. 32
- Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J. a spol.*: Psychiatrie. Tigis, Praha 2002, s. 895
- Mayo-Smith, M. F. – Beecher, L. H. – Fischer, T. L. – Gorelick, D. A. – Guillaume, J. L. – Hill, A. – Jara, G. – Kasser, C. – Melbourne, J.*: Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine: Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med*, 2004 Jul 12; 164(13): s. 1405 – 12

Do redakcie prišlo dňa: 16. 3. 2005

Adresa autora: Prim. MUDr. K. Nešpor, CSc., Psychiatrická léčebna Bohnice
Oddělení léčby závislostí – muži, Ústavní 91, 181 02 Praha 8, ČR
e-mail: nespor@plbohnice.cz
www.plbohnice.cz/nespor
www.muweb.cz /veda/nespor