

Pacjentka z nawrotem objawów lękowych

lek. Grzegorz Kolasa, prof. Filip Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

KOBIETA

WIEK: 55 lat

ZAWÓD: pielęgniarka

WYWIAD:

Pacjentka w przeszłości dwukrotnie leczona z powodu zaburzeń lękowych uogólnionych – ostatni epizod miał miejsce ok. 5 lat temu. Obecnie od ponad pół roku występuje nawrót dolegliwości. Pacjentka doświadcza nasilonego napięcia, martwienia się i odczuwania obaw dotyczących codziennych wydarzeń i trudności. Odczuwa ciągły lęk wolnopłynący, który nie jest wywoływany przez żaden konkretny bodziec. Jednocześnie okresowo pojawiają się objawy wzbudzenia autonomicznego: odczucie szybkiego bicia serca, suchość w jamie ustnej, nadmierne pocenie się. Pacjentka zauważyła również u siebie problemy z koncentracją, trudno jest się jej w ostatnim czasie zrelaksować. Z uzyskanego wywiadu wynika, iż poprzednio chorą leczono dwoma różnymi lekami z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*): paroksetyną i fluoksetyną. Stosowane leki były skuteczne w zakresie zmniejszenia objawów lękowych, jednak ich stosowanie wiązało się z obecnością działań niepożądanych: biegunki, nudności, wymiotów oraz bólów głowy. Pacjentka podała, iż obawia się ponownego wystąpienia skutków ubocznych.

W wywiadzie obecne nadciśnienie tętnicze, chora jest pod kontrolą lekarza internisty, przyjmuje 1 tabl. 5 mg peryndoprylu. Prawidłowa masa ciała. Pacjentka nie pali papierosów ani nie pije alkoholu. Mieszka z mężem, prowadzi aktywny tryb życia, chodzi kilka razy w tygodniu na spacer, pasjonuje się krawiectwem.

BADANIE FIZYKALNE:

Pacjentka wydolna krążeniowo-oddechowo; RR = 125/80 mmHg; HR = 65/min; prawidłowa masa ciała.

WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH:

W badaniach laboratoryjnych brak istotnych odchyień.

ROZPOZNANIE: Zaburzenie lękowe uogólnione

ZALECENIA:

- włączenie escitalopramu w dawce 10 mg/24 h rano
- kontynuacja regularnej aktywności fizycznej
- stosowanie się do zasad zdrowej diety
- konsultacja z psychoterapeutą poznawczo-behawioralnym w celu nauki interwencji mających na celu zmniejszenie nasilenia napięcia i lęku.

UWAGI KOŃCOWE:

Zwykle stosuje się dawkę 10 mg/24 h. Zazwyczaj potrzeba 2–4 tygodni, aby uzyskać poprawę stanu pacjenta. Dawka może zostać następnie zwiększona maksymalnie do 20 mg/24 h w zależności od indywidualnej reakcji chorego. Maksymalną skuteczność osiąga się po blisko 3 miesiącach stosowania leku. Leczenie powinno trwać min. 6 miesięcy. Escitalopram nie ma powinowactwa lub ma bardzo niewielkie powinowactwo do szeregu receptorów, w tym receptorów 5-HT_{1A}, 5-HT₂, DA: D₁ i D₂, receptorów adrenergicznych α₁, α₂, i β oraz receptorów histaminowych H₁, muskarynowych cholinergicznym, benzodiazepinowym i opioidowym. Z tego powodu warto rozważyć jego zastosowanie, w przypadku gdy inne leki z grupy SSRI powodowały uciążliwe działania niepożądane.

KOMENTARZ:

Escitalopram nasila aktywność serotonergiczną w ośrodkowym układzie nerwowym poprzez selektywne wiązanie się z białkiem transportującym serotoninę

(SERT, *serotonin transporter*), co skutkuje zahamowaniem wychwytu zwrotnego serotoniny. Stosowany jest w dawkach 10–20 mg/24 h. Lek podaje się doustnie, raz dziennie, niezależnie od posiłków. Po podaniu doustnym wchłania się niemal całkowicie, pokarm nie wpływa na wchłanianie.

Ma on korzystny profil tolerancji, z występującymi rzadko łagodnymi zdarzeniami niepożądanymi. Jako bardzo istotna opisywana jest właściwość leku w postaci niskiej skłonności do interakcji z innymi lekami – ma to duże znaczenie w przypadku leczenia pacjentów ze współtowarzyszącymi chorobami somatycznymi [1]. Dlatego badacze określili escitalopram jako lek pierwszego rzutu w leczeniu depresji i zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem. W dużym przeglądzie badań podkreślono, iż istnieją klinicznie istotne różnice między powszechnie stosowanymi lekami przeciwdepresyjnymi [2]. Przemawiały one za lepszą skutecznością i tolerancją długotrwałego leczenia escitalopramem w porównaniu z innymi lekami z grupy SSRI (paroksetyną, fluoksetyną, sertralina, citalopramem), inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI, *serotonin norepinephrine reuptake inhibitor*) (wenlafaksyną, duloksetyną, milnacipranem) oraz mirtazapiną i fluwoksaminą. Cipriani i wsp. poddali metaanalizie badania dotyczące 12 leków przeciwdepresyjnych. Autorzy pracy wykazali obecność istotnie klinicznych różnic pod względem odpowiedzi na leczenie oraz tolerancji terapii na korzyść escitalopramu i sertraliny w leczeniu doraźnym, definiowanym jako trwające do 8 tygodni. Łączna analiza badań kontrolowanych placebo wykazała, że 6% spośród 715 pacjentów leczonych escitalopramem przerwało leczenie ze względu na działania uboczne w porównaniu z 2% z 592 pacjentów otrzymujących placebo. W dwóch badaniach wskaźnik przerwania leczenia z powodu działań niepożądanych u pacjentów otrzymujących escitalopram (w dawce 10 mg/24 h) nie różnił się istotnie od wskaźnika w grupie przyjmującej placebo. Działania niepożądane były podobne do działań niepożądanych innych leków z grupy SSRI, miały łagodny i przemijający charakter. Najczęstszymi zdarzeniami niepożądanymi (występującymi u co najmniej 5% pacjentów i 2 razy częściej niż w grupie przyjmującej placebo) były: nudności (15% escitalopram vs 7% placebo), zaburzenia ejakulacji (9% escitalopram vs < 1% placebo), bezsenność (9% escitalopram vs 4% placebo), zwiększona potliwość (5% escitalopram vs 2% placebo), zmęczenie (5% escitalopram w porównaniu z 2% placebo) i senność (6% escitalopram w porównaniu z 2% placebo) [3].

PIŚMIENNICTWO

1. von Moltke LL, Greenblatt DJ, Giancarlo GM et al. Escitalopram (S-citalopram) and its metabolites in vitro: cytochromes mediating biotransformation, inhibitory effects, and comparison to R-citalopram. *Drug Metab Dispos.* 2001; 29(8): 1102-9.
2. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet.* 2009; 373(9665): 746-58. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60046-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60046-5).
3. Khoo AL, Zhou HJ, Teng M et al. Network Meta-Analysis and Cost-Effectiveness Analysis of New Generation Antidepressants. *CNS Drugs.* 2015; 29(8): 695-712. <http://doi.org/10.1007/s40263-015-0267-6>.

Adres do korespondencji:

lek. Grzegorz Kolasa, prof. Filip Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań