

MIRTAZAPIN U MENTÁLNÍ ANOREXIE S KOMORBIDNÍ DEPRESÍ

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D., MUDr. Markéta Žáčková

Psychiatrická klinika FN a MU, Brno

Léčba mentální anorexie představuje pro odborníky výzvu. Je nutný multimodální přístup, jehož jednou součástí je i farmakoterapie. Článek popisuje kazuistiku 14leté dívky s mentální anorexií léčené mirtazapinem, sleduje průběh příznaků, komorbiditu, dávkování a nežadoucí účinky terapie.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 5: 257–258

Úvod

Mentální anorexie představuje komplikovanou psychickou poruchu, jejíž incidence narůstá, a to i v nižších věkových skupinách. Jednotný algoritmus léčby dosud nebyl stanoven, což souvisí i se zatím neuspokojivou znalostí etiologie a patogeneze poruchy. Považujeme proto za vhodné sdílet s kolegy zkušenosti, ať již kladné, nebo záporné.

Naše dětské a dorostové oddělení Psychiatrické kliniky FN Brno se v posledních letech nezáměrně stalo centrem pro léčbu těchto poruch. Zatímco v roce 2004 bylo za celý rok na našem oddělení hospitalizováno 25 pacientek s touto diagnózou, v letošním roce jen za první pololetí již 19. Protože je naše oddělení zaměřeno ve vědecko-výzkumné oblasti především na psychofarmakoterapii u dětí a dospívajících, snažíme se hledat u těchto pacientek kromě doporučených psychotherapeutických přístupů i vhodnou léčbu lékovou. Máme zkušenosti s antidepressivy SSRI, se sulpiridem, olanzapinem a v poslední době rovněž s mirtazapinem.

Publikované zkušenosti s mirtazapinem u mentální anorexie jsou nečetné. Bohužel není k dispozici žádná dvojitě slepá studie, ani studie naturalistická. Retrospektivní hodnocení účinnosti mirtazapinu u 9 dětských pacientek s mentální anorexií (průměrný věk 15,2 let) přednesl kolektiv lékařů z Dětské psychiatrické kliniky FDN Motol na celostátním sympoziu Duševní zdraví mládeže v Brně v roce 2004 (3). V jejich retrospektivní kontrolované případové studii nebyly prokázány rozdíly mezi pacientkami léčenými mirtazapinem a kontrolní skupinou bez medikace. Byl však pozorován statisticky nevýznamný trend k lepšímu pokroku u pacientek s mirtazapinem v prvních 3 týdnech léčby. Průměrná použitá dávka byla 21,7 mg/den.

Jedním z nálezů u mentální anorexie je hyperaktivita osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny. Jde o podobný nález jako u depresivní poruchy. Mirtazapin u pacientek s mentální anorexií podle studie z roku 2006 provedené u 5 žen snižuje hladinu kortizolu ve slinách (4).

Použití mirtazapinu se u dětí jeví jako bezpečné, je popsán případ předávkování u tříletého dítěte bez dalších následků (1). Rizikem u mentální anorexie může být podávání kombinace mirtazapinu s fluvoxaminem, kdy byl kazuisticky popsán výskyt serotoninového syndromu u mladé ženy (2).

Nyní se již budeme věnovat kazuistickému sdělení popisujícímu léčbu pacientky s mentální anorexií za použití multimodálního terapeutického přístupu s farmakoterapií mirtazapinem.

Kazuistika

Pacientka K. P., v době přijetí na oddělení 14letá, přijata v březnu 2006 na dětské a dorostové oddělení Psychiatrické kliniky FN Brno pro diagnózu mentální anorexie, která u ní byla stanovena v únoru 2006. Příznaky poruchy je však možno sledovat asi 2 roky zpětně – pacientka začala být uzavřenější, méně hovořila s vrstevníky i matkou. V létě 2005 pak začala držet diety, snižovala kalorický příjem, zmenšovala porce jídla a důsledkem toho byl pokles váhy, celkem o 10 kg. Tento trend pokračoval a v zimě 2005 to matka začala považovat za problematické. Z obav o zdravotní stav dcery navštívily praktického lékaře, který zjistil zastavení váhového přírůstku a zpomalení růstu a rovněž sníženou hodnotu hormonů štítné žlázy a vyslovil podezření na mentální anorexií. Následovala konzultace s psychologem a domluva na přijetí na naše oddělení.

Při přijetí lze konstatovat „klasický“ obraz mentální anorexie – perfekcionistická dívka, výkonově zaměřená, emočně poněkud labilní, nálada se při přijetí jeví zprvu euthymní. Je přítomna restrikce potravy, nadměrná tělesná aktivita, zkresené vnímání vlastního těla, obavy z tloušťky. Náhled onemocnění chybí.

Kontext životních událostí je významný – před rokem došlo k rozvodu rodičů, manželství bylo ale již delší dobu disharmonické, otec dle matky i pacientky často konzumoval alkohol a v ebrietě byly hád-

ky s matkou, kterým byla pacientka přítomna. Postoj pacientky k otci se jeví jako negativní, nemá zájem o další kontakty s ním.

V rodinné anamnéze kromě pravděpodobného škodlivého užívání alkoholu u biologického otce není zřejmá heredita. Pacientka má dvě zdravé sestry. Oproti nim bývala pacientka vždy poněkud asteničtější. Vztah se starší sestrou se zdá dobrý, s mladší sestrou je více konfliktů. Žijí v domku s matkou, která vždy představovala hlavní výchovnou autoritu, vztah s pacientkou se jeví dobrý.

V osobní anamnéze nejsou závažné patologie, léčena pro dysplazii kyčlí, v roce 2005 povrchová kontuze měkkých tkání hlavy, sledována pro mírnou myopii a polinózu. Menarché dosud nebylo.

Je žákyní 7. třídy s vynikajícím prospěchem, méně komunikuje s vrstevníky, trápí se pocity, že mezi ně nezapadá. Zájem má nyní především sportovní, individuální – kolo, plavání, jezdí na koni.

První pobyt na dětském psychiatrickém oddělení trval 20 dnů. Vstupní laboratorní vyšetření prokazuje nízké T3, vyšší HDL-cholesterol, poněkud zvýšené jaterní testy a centrální hypogonadizmus s normální hodnotou prolaktinu. Výsledky jsou poměrně typické u těchto forem nekomplikovaného hladovění. Psychologické vyšetření ukazuje na tenzní prožívání sociálních vztahů, osobnostní profil svědčí pro převahu extroverzivních rysů. Jsou přítomny depresivní momenty, jejichž souvislost s rodinnou problematikou je zřejmá. V chování zřetelné tendence k sebeovládání, usměrňování emočních reakcí. Intelektový výkon orientačně nadprůměrný. Vstupní hmotnost je 46,5 kg při výšce 168,5 cm, BMI je 16,4 (pod 10. percentilem pro věk).

Při pobytu na oddělení jsou zřetelné příznaky mentální anorexie. Pacientka manipuluje s jídlem, nedojídá určené porce, smlouvá. Spolupráce je velmi formální. Je zařazena do arteterapie a individuální psychotherapie. Vzhledem ke vzdálenosti místa bydliště a našeho oddělení se nepodařilo zrealizovat

rodinné sezení. Pacientka dostává pouze výživové doplňky, psychofarmaka nepodáváme. Hmotnost zprvu klesá postupně na 45,2 kg za první týden, poté pomalu narůstá. V této situaci volí pacientka silný nátlak na matku, která jí nakonec podléhá a proti radě lékaře si pacientku po 3 týdnech hospitalizace bere domů. Váhový přírůstek je +0,4 kg (BMI 16,5). Tento výsledek nelze považovat za uspokojivý a jednoznačně lze říci, že nedošlo k remisi anorektické epizody, přestože je u pacientky o něco lepší náhled na problematiku. Pacientce je doporučena ambulantní pedopsychiatrická léčba.

Po 2 měsících je nutná rehospitalizace pro zhoršení stavu. Doma dodržovala doporučený režim asi 3 dny, poté se vrátila k restrikci potravy, výraznému výběru nízkokalorických potravin. Váha pochopitelně poklesla. Dominuje pokleslá nálada, podrážděnost, minimální komunikace s okolím, pocit, že je tlustá, celková nespokojenost s vlastním tělem. Zvýšená tělesná aktivita nebyla doma matkou pozorována, stejně tak zneužívání projímadel či jiných látek. Hmotnost při přijetí je 42,2 kg (-4,7 kg oproti konci minulé hospitalizace), výška 170 cm, BMI 14,6 (pod 3. percentilem pro věk).

Pro výrazně pokleslou náladu bylo v ambulantní péči krátce podáváno antidepressivum ze skupiny SSRI – fluvoxamin v dávce 25 mg/d. Při zvažování mechanismů účinku jsme provedli změnu na mirtazapin, kde jsme chtěli využít jeho antidepressivního působení i známého účinku na tělesnou hmotnost u jiných diagnostických kategorií. Mirtazapin není indikován pro léčbu dětí pod 18 let. Na našem klinickém pracovišti za hospitalizace tento lék na-

sazujeme a opíráme se o data o bezpečnosti ze zahraničních klinických studií u dětí. Je ovšem nutno upozornit rodiče na možná rizika a vyžádat si jejich informovaný souhlas, a pokud možno i informovaný souhlas samotné pacientky, jak se také v tomto případě stalo.

Zároveň probíhala individuální a skupinová psychoterapie a při této hospitalizaci se zdařilo zahájit i terapii rodinnou. Délka této 2. hospitalizace byla 65 dnů. Farmakoterapii jsme zahájili dávkou 15 mg mirtazapinu večer, tuto dávku pacientka velmi dobře snášela. První týden došlo k váhovému poklesu o 0,8 kg. Tento pokles ale pozorujeme u pacientek s mentální anorexií první týden hospitalizace standardně. Dávka mirtazapinu byla 2. týden navýšena na 30 mg/den. Snášenlivost byla opět výborná. Následující 3 týdny léčby se váha zvýšila o 1 kg. Nálada byla po 4 týdnech léčby antidepressivem parciálně zlepšená, pacientka však stále nebyla euthymně laděna. Provedli jsme tedy navýšení dávky na 45 mg/d a i tato dávka byla velmi dobře tolerována bez výraznější sedace. V následujících 2 týdnech se nálada rychle projasňovala až k normě, zlepšila se spolupráce, pacientka dodržovala stravovací režim, a přestože jedla velmi pomalu, jedla již plné porce. Celkově došlo k váhovému přírůstku +4 kg oproti přijetí, přičemž poslední 2 týdny hospitalizace pacientka velmi dobře spolupracovala, měla

dobrý náhled a výrazně se zmírnily obavy z tloušťky. Motivovanou k další změně jsme ji propustili do ambulantní péče.

Závěr

Na příkladu této komplikované pacientky je vidět, jak je v léčbě anorexie u dětí nutný multimodální přístup. Základním přístupem je psychoterapie, u dětí vždy i ve formě rodinné terapie. Nezbytná je režimová a nutriční terapie. Farmakoterapie představuje další důležitý kamínek v terapeutické mozaice. Lék volíme po důkladném psychopatologickém rozboru a individuálně. U pacientek s výraznými obsedantně kompulzivními rysy můžeme s výhodou volit SSRI, stejně i u depresivních pacientek, kde však lze volit i antidepressiva zvyšující tělesnou hmotnost (ačkoli je toto jen teoretický předpoklad, neboť zvýšení tělesné hmotnosti je prokázáno u jiných dg. kategorií). Platí to, co obecně pro farmakoterapii antidepressiv – podávat lék v dostatečné dávce (u nás mělo výraznější efekt až 45 mg mirtazapinu pro die) a po dostatečně dlouhou dobu (v našem případě 6 týdnů). Pak je teprve možné uvažovat o změně léku.

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN Brno
Jihlavská 20
62500 Brno
e-mail: ptheiner@fnbrno.cz

Literatura

1. Bremmer JD, Wingard P, Walshe TA. Safety of mirtazapine in overdose. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 (5): 233–5.
2. Demers JC, Malone M. Serotonin syndrome induced by fluvoxamine and mirtazapine. *Ann Pharmacother*. 2001; 35 (10): 1217–20.
3. Hrdlička M, Zámečnicková R, Beranová I. Zkušenosti s mirtazapinem u mentální anorexie: retrospektivní kontrolovaná případová studie. 21. Duševní zdraví mládeže, Brno 2004, Sborník abstrakt.
4. Schule C, Sighart C, Hennig J, Laakmann G. Mirtazapine inhibits salivary cortisol concentrations in anorexia nervosa. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006; 30 (6): 1015–9.