

Dementiapotilaan käytösoireiden hoito – milloin ja mitä lääkettä uskaltaa antaa ?

Petteri Viramo

Geriatrian ja yleislääketieteen el, LT

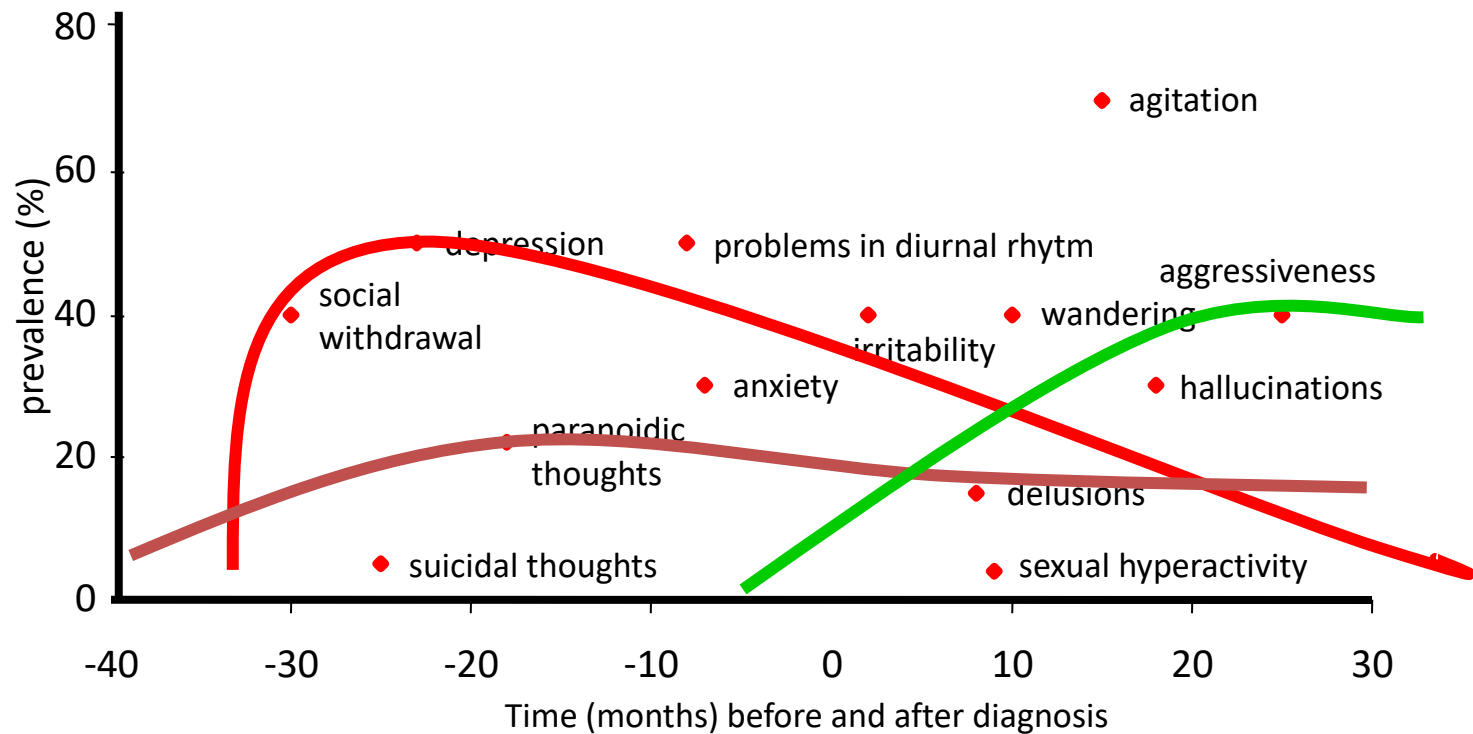
Caritas Palvelut Oy

GPF:n kevätkoulutus, Helsinki 5.5.2017

Taustaa

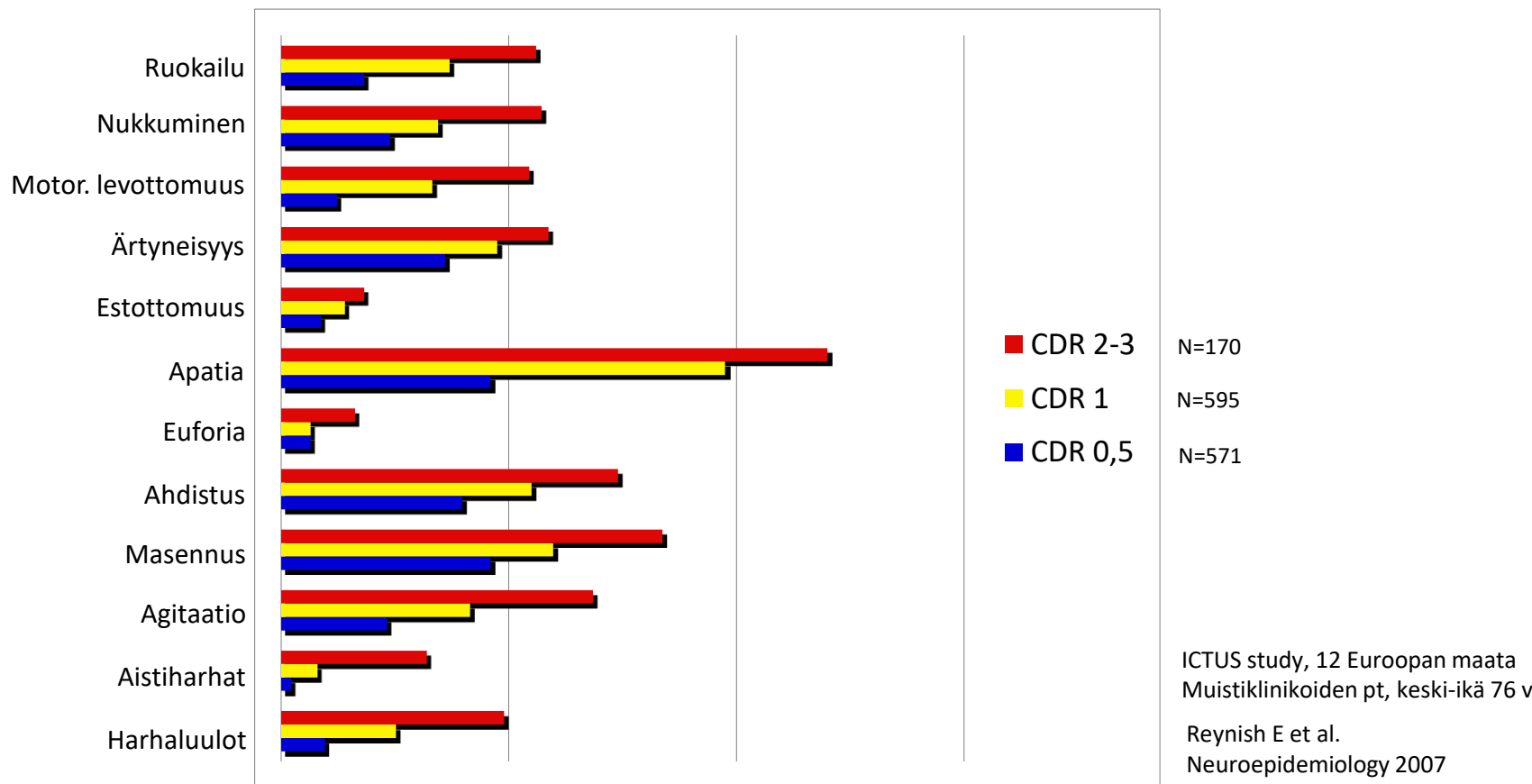
- Muistisairaudet ovat erilaisia
 - Alzheimerin tauti tyypisairautena
 - Aivoverenkiertosaikauden muistisairaus vs. frontotemporaalinen degeneraatio
- Muistisairaajat ovat erilaisia
- Muistisairaudet ovat eteneviä tiloja, myös käytösoireet etenevät

Käytösoireiden vallitsevuus Alzheimerin taudin edetessä



Jost & Grossberg 1996

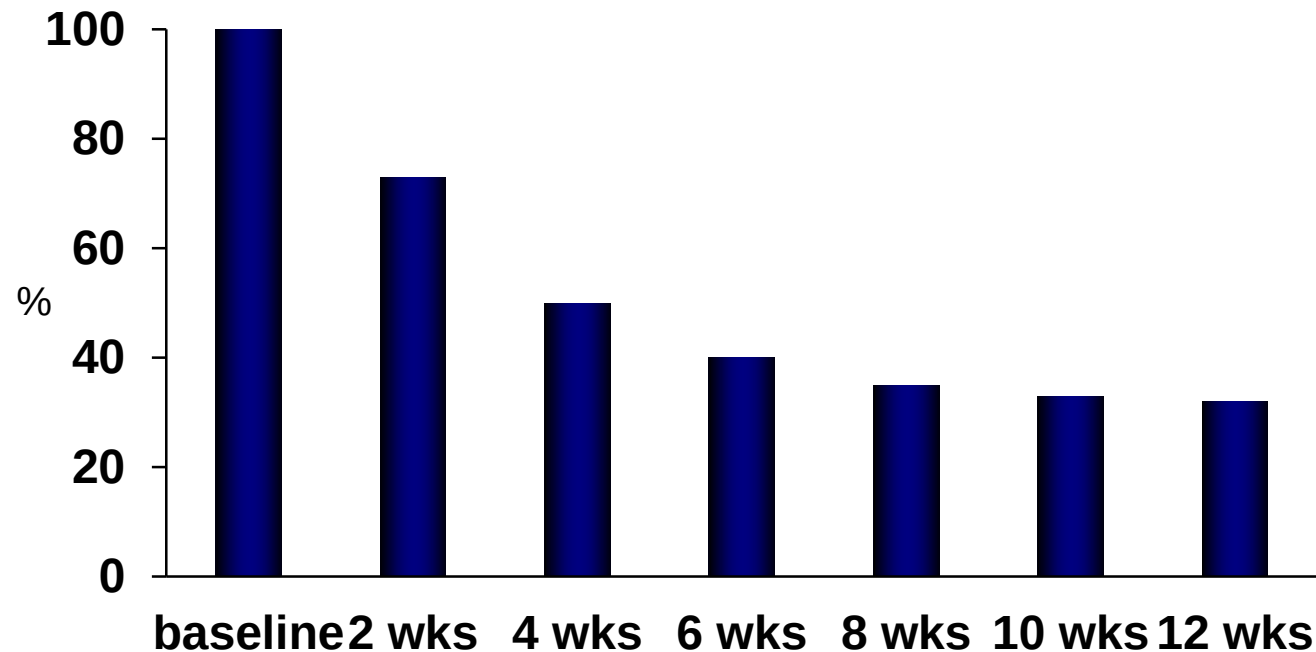
Neuropsykiatristen oireiden taakka kasvaa Alzheimerin taudin edetessä



Käyttöoireiden luonnollinen kulku

- Esiintyvät usein episodeina
- Kliininen kuva vaihtuu jaksoittain
 - Depressio >>> ahdistuneisuus >>> agitaatio
- Hoidon tarvetta, osuvuutta ja kestoa pitää arvioida säännöllisesti

Alzheimerin taudin psykoottisten oireiden ennuste



Risperidone Study, N=102 control group, mean MMSE at baseline 7,0 (Martinez et al 2001 AAGP)

Käyttösoireiden etiologia

- Monitekijäinen tausta
 - Neurokemialliset ja –patologiset tekijät
 - Somaattiset sairaudet ja niiden hoito, **infektiot**, AMI, **AVH**, ali-/ylilääkitys
 - Psykologiset tekijät, persoonallisuus, minän eheys, **turhautuminen**
 - Fyysinen, sosiaalinen ja **emotionaalinen ympäristö**
- Tekijöiden **yhtäaikaisuus**

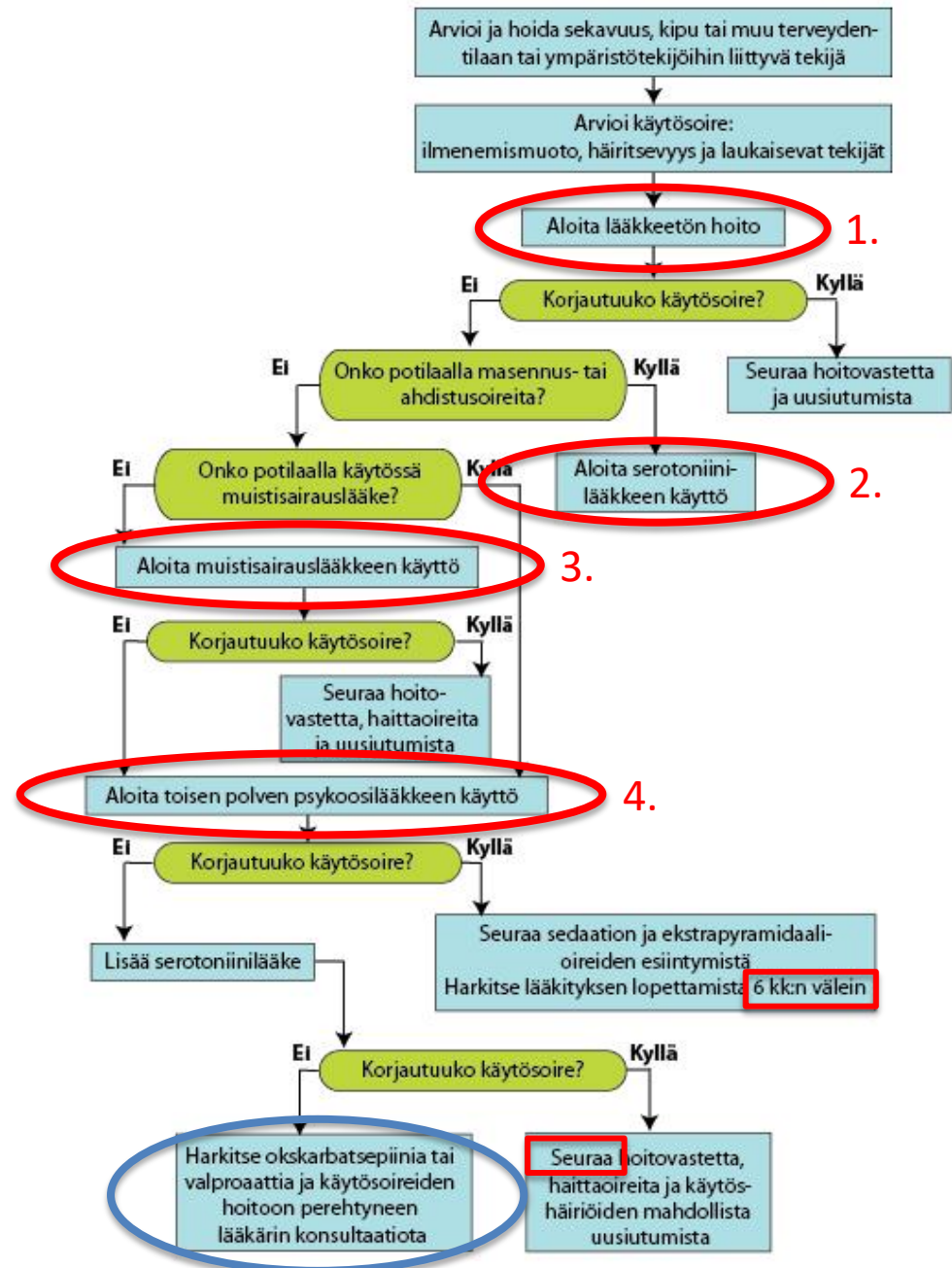
Milloin käytösoireita pitäisi hoitaa ?

- Käytösoireita pitää hoitaa
 - kun ne **rasittavat** potilasta tai omaista
 - heikentävät hänen **omatoimisuuttaan** tai sosiaalista vuorovaikutusta,
 - kun oireet aiheuttavat **vaaratilanteita** potilaalle itselleen tai muille.
- Lääkkeettömät keinot ovat ensisijaisia useimpien käytösoireiden hoidossa (pl. akuutti sekavuus)

Käyttösoireiden lääkehoito

- Käyttösoireiden ensisijainen lääkehoito on muistisairauden asianmukainen lääkehoito.
- Psyykenlääkkeitä tarvitaan usein
 - tilapäisesti
 - masennusoireiden sekä
 - vaikeimpien levottomuus- ja psykoosioireiden hoidossa
- Moniin vaikeisiin oireisiin niistä ei ole apua.
 - vasteen arvio noin kuukauden kuluttua
- Tavoitteena monoterapia

Hoitoalgoritmi



Käyttösoireiden lääkehoito

- Bentsodiatsepiinit
 - Pieniä annoksia keskipitkävaikutteisia (loratsepaami/oksatsepaami)
 - Lyhytaikaisesti
 - Muista ikääntymiseen liittyvät muutokset lääkkeiden metaboliassa ja jakaantumistilavuudessa
- Masennuslääkkeet
 - Ei liene tehoa muistisairauteen liittyvän masennuksen hoidossa (C).
 - Tehokkaita agitaation, ahdistuneisuuden ja levottomuuden hoidossa, eivät psykoosioireiden hoidossa (C).
 - Antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet lisäävät tiedonkäsittelyn vaikeuksia

Masennuksen lääkehoito muistisairaalla

- Sitalopraami 10 mg*/Essitalopraami 5 mg
- Sertraliini 50 mg, Mirtatsapiini 15 mg
- Mianseriini 10-20 mg
- Tratsodoni 50-100 mg
 - Uudempien kohdalla tutkimuksia muistisairaille ei ole
- Sivuvaikutuksia: levottomuus, akatisia, GI-vuodot, hyponatremia

Maks annos 20 mg/vrk (FDA warning 2012*)
Zivin K ym. Am J Psychiatry 2013

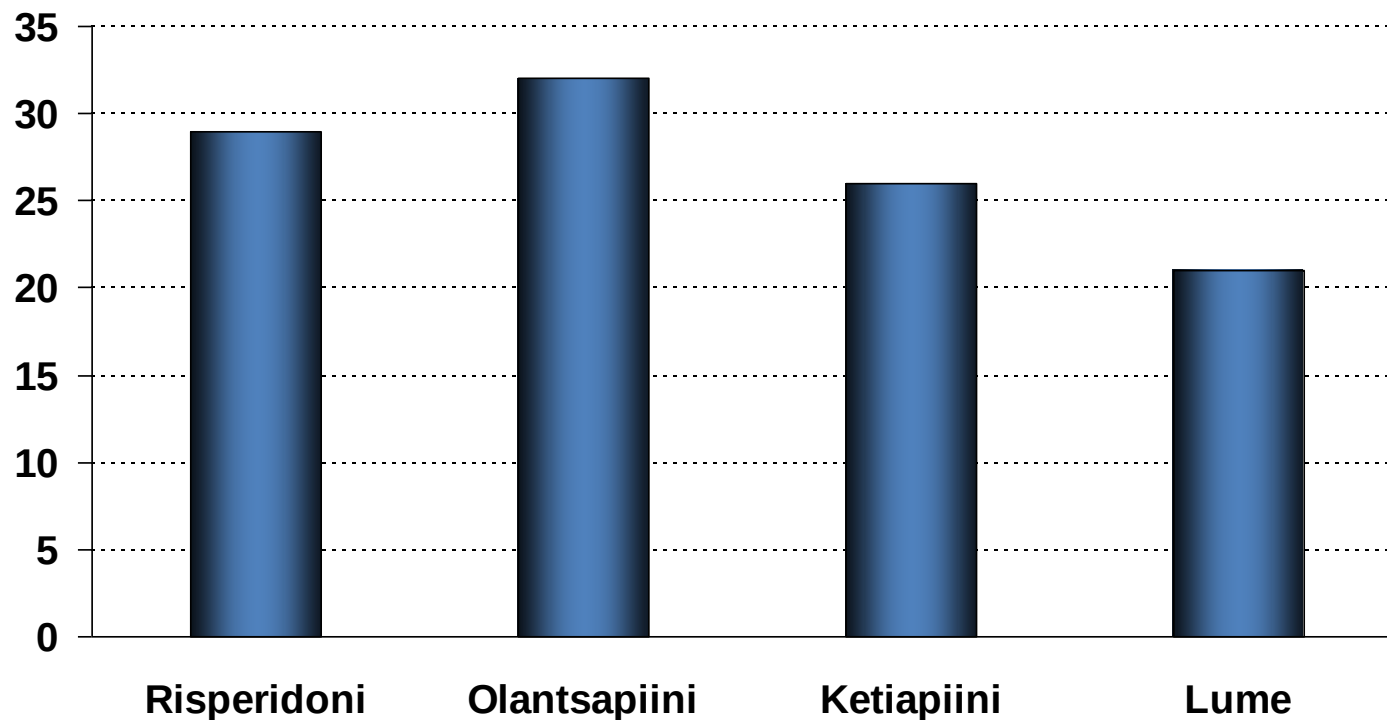
Käyttösoireiden lääkehoito

Psykoosilääkkeet

- Käyttöön ilmeisesti liittyy aivoverenkiertohäiriöiden ja kuolleisuuden lisääntymisen riski (B).
- **Risperidoni** on tehokas laitospotilaiden dementiaan liittyvien vaikeiden käyttösoireiden hoidossa (A).
- **Haloperidoli** on tehokas dementiaan liittyvän aggressiivisuuden hoidossa (A), agitaatioon haloperidolilla ei ole vaikutusta (A).
- **Aripipratsoli** lienee tehokas käyttösoireiden hoidossa, *sen sijaan muiden uusien psykoosilääkkeiden osalta näyttö on riittämätön (C).*

CATIE-AD

CGIC-asteikossa parantuneet vkolla 12 (%)



421 AD+psykoosi-pt, avohoito

Schneider et al NEJM 2006

Psykoosilääkkeet saattavat lisätä sydäninfarktikuoleman riskiä

- Kanadalainen rekisteritutkimus Alzheimer-potilailla, joilla oli AKE-lääkitys menossa ja heille aloitettiin antipsykootti
- 37 000 potilasta
- Ensimmäisen kuukauden aikana riski saada sydäninfarkti oli noin kaksinkertainen
- Ensimmäisen vuoden aikana ei merkitsevää riskin kasvua enää

Pariante et al Arch Intern Med 2012

Antipsykootit ja kuolemanvaara case-control-rekisteritutkimuksessa (n=46 008; 180 vrk monoterapia)

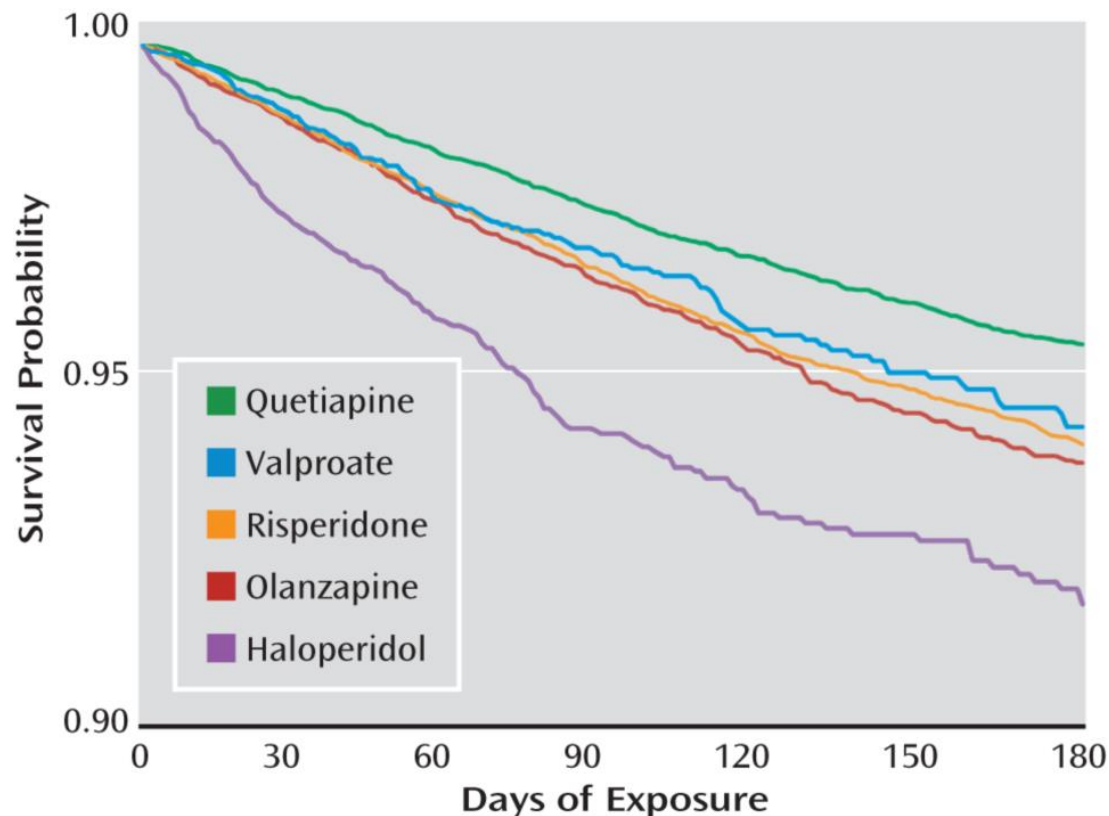
Lääke (annos keskim.)	Kuolemanvaaran lisääntyminen	NNH (montako hoidettua potilasta/aiheutettu haattatapaus)
Risperidoni (0.8mg)	3.7 %	27
Olantsapiini (4.6mg)	2.5 %	40
Haloperidoli	3.8 %	26
Ketiapiini (52mg)	2.0 %	50
Masennuslääke	0.6 %	166
Valproaatti	4.1 % (suuri luottamusväli)	N/A

Vakioitu mm. delirium- psykoosi- masennus- CVD ym ym diagnoosien suhteen

NNT psykoosilääketrialeissa yleensä 5-14

Maust D JAMA Psychiatry 2015

Psykoosilääkkeisiin liittyvä kuolemanvaara muistisairaille (n=33 604)

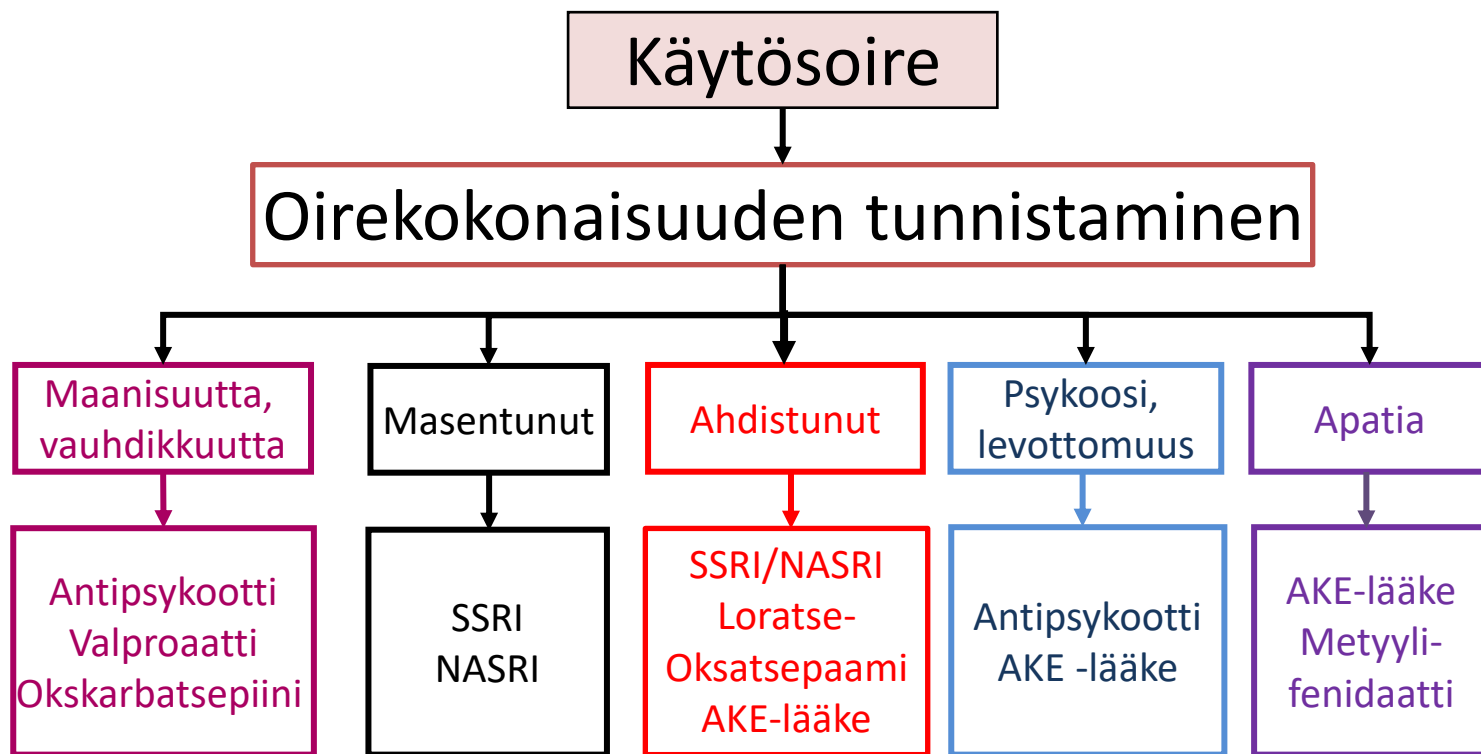


Kales H et al. Am J Psychiatry 2012

Lääkkeiden välillä ei eroja kuolemanvaarassa

- 32 710 muistipotilasta, 17 845 atyyppisillä ja 14 865 perinteisillä psykoosilääkkeillä (ref.)
 - HRa rispe (N=13503) 1,04 (CI 0,82-1,31)
 - HRa olant (N=3459) 0,91 (CI 0,62-1,32)
 - HRa queti (N=883) 0,78 (CI 0,38-1,57)

Gill et al 2005



Mukaellen Vataja 2001

Lopuksi

- Muistisairauteen liittyviä käytösoireita tulee hoitaa, lääkkeet saattavat auttaa hoidossa
- Valitse lääke oirekokonaisuuden mukaan
- Aloita varovasti, alkuannoksena usein neljäsosa suositellusta riittää
- Määrää lääke määräaikaisena kuurina
- Arvioi hoidon vaikuttavuutta kuukauden kuluttua
- Vaihda annosta ja lääkettä tarvittaessa
- Lopeta tarpeeton hoito