

Bipolární porucha

v dětském a dorostovém věku

Doc. MUDr. I. Paclt, CSc.

Psychiatrická klinika Praha 2, UK 1.LF,
Centrum dorostové a vývojové psychiatrie

Institut pro doškolení lékařů, Praha,
Privátní psychiatrická ambulance Praha 4

2006

Nejdůležitější autoři:

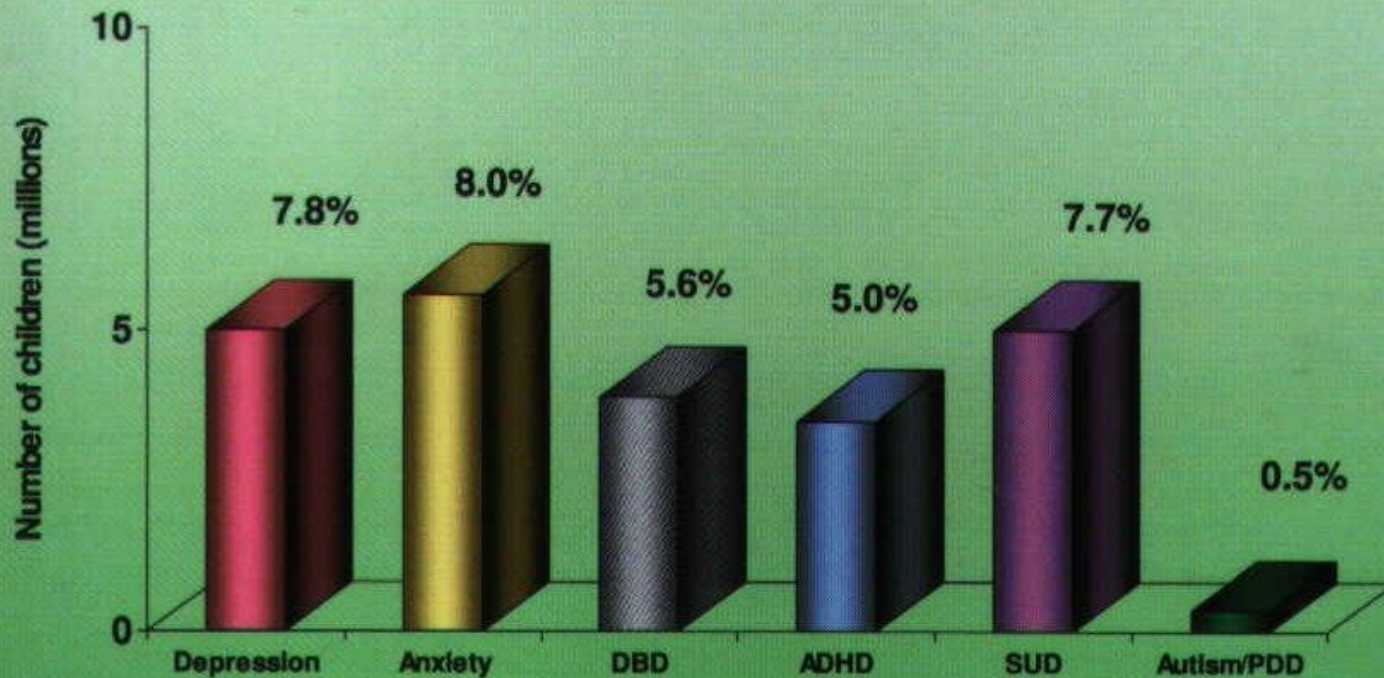
Kowatch R.A., Wilens T., Geler B.

Advanced Psychopharmacology

**American Academy of child & adolescent
psychiatry, Canadian Academy of child &
adolescent psychiatry**

**AACAP/CACAP Joint Annual Meeting, Toronto,
Canada, 2005**

Prevalence duševních poruch v USA (2004)

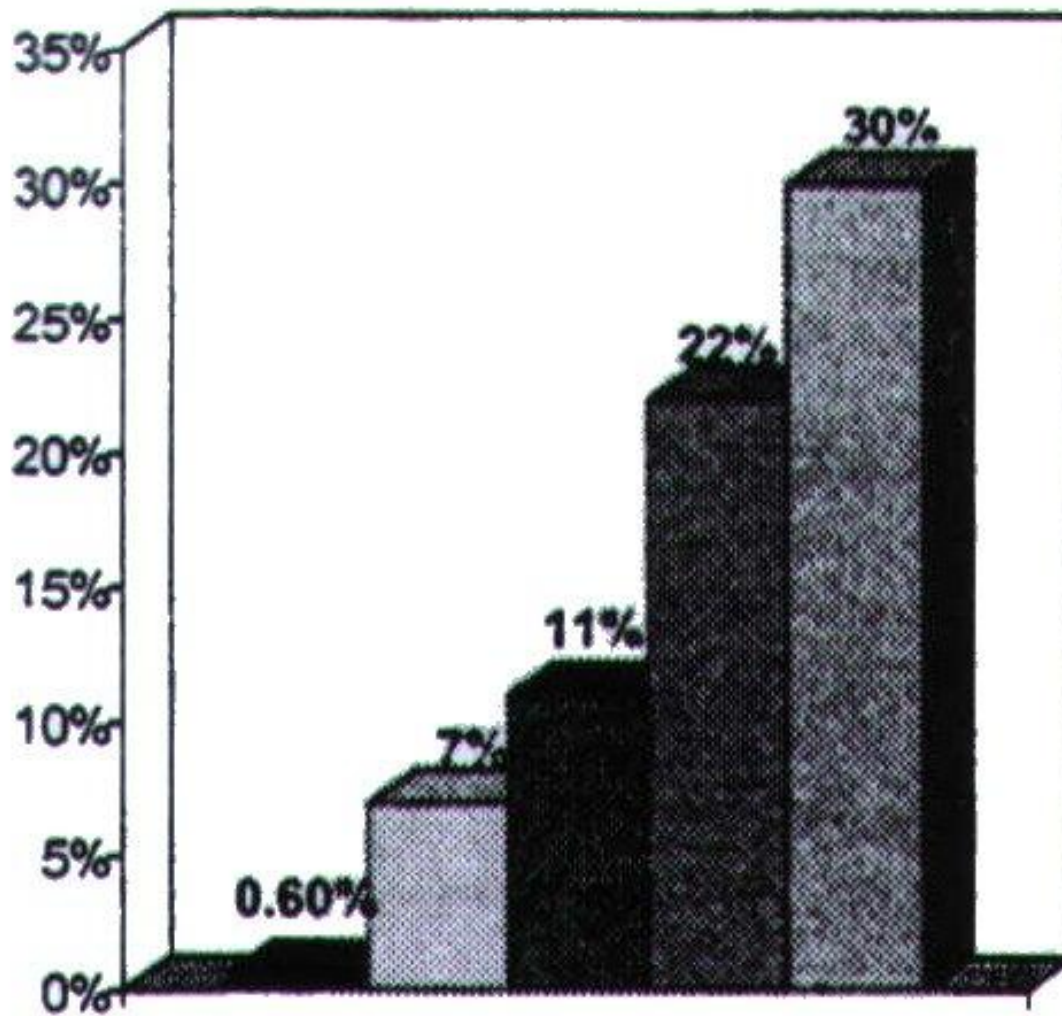


ADHD = attention-deficit/hyperactivity disorder
SUD = substance use disorders

Sources: Office of the Surgeon General
and the National Institute of Mental Health, 1999

Bipolární porucha u dětí a adolescentů (BPDD)

- **Není často diagnostikována**
- **Je diagnostikována chybně**
- **Není zachycena, pokud se jedná o komorbiditu**
- **Může být provokována abusem stimulancí u pacientů bez ADHD a naopak je indikována kombinace stimulancia a další farmakon u komorbidity ADHD a BPDD**



- High School Epidem 0.60%
- General Outpatient Clinic 7%
- County Wards 11%
- Incarcerated Adol. 22%
- Inpatient Unit 30%

Base Rate

Sociální důsledky BPDD v dětství a adolescenci

- Školní potíže
- Konflikty se zákonem
- Hypesexualita
- Těhotenství
- Nízké sebehodnocení
- Konflikty, chaos v nukleární rodině (ztráta zaměstnání, rozvody)
- Špatné vztahy s vrstevníky
- Vzestup počtu suicidálních pokusů a dokonaných sebevražd

Prospektivní studie první manické fáze u prepubertálních a časně pubertálních BPDD

- 86 subjektů věk $10,8 \pm 2,7$
- 4 roky trvající prospektivní studie (Geller Arch.Gen Psychiatry 2004)
- 6, 12, 18, 24, 36, 48 měsíců
- Vyšetřovací metody K-SADS, značnou část vyšetření aplikovala výzkumná sestra

Průběh epizod mánie, charakteristický pro soubor Gellerové

- Smíšené epizody BPDD mánie a hypománie s depresí
- Epizoda její trvání v rámci délky onemocnění
- Cyklování v rámci uvedené epizody (změny nálady v epizodě, časté: ultrarychlé – několik dní (ultrarapid 5-364 cyklů za rok), (ultradialní > 365 cyklů za rok)

K SADS mania rating scale

David Axelson a Boris Birmaher +
WASH-U-KSADS Barbara Geller

- **12 základních příznaků:** 1) elace a expanzivní nálada, 2) iritabilita a vztek, 3) snížená potřeba spánku, 4) nadbytek „energie“, 5a) zvýšená zaměřenost na určitou činnost, 5b) motorická hyperaktivita, 6) grandiozita, 7) zrychlené tempo řeči, 8a) zrychlené myšlení, 8b) myšlenkový trysk, 9) snížená kritičnost, 10) dráždivost, 11) halucinace, 12) afektivní labilita. Škálování 0-6.
- Mírné příznaky mánie 12-17, střední 18-25, závažné jsou alespoň 26.

Fenomenologie souboru BPDD – Gellerová 2004

- Začátek zařazených epizod mánie: $7,4 \pm 3,5$ roku
- Trvání zařazených epizod $3,5 \pm 3,5$ roku
- Smíšené manické obrazy 88% všech pacientů
- Charakteristika cyklování: rapid 0%, ultrarapid 11%, ultradian 78%
- Průměrný počet denních cyklů 3,5%

Srovnání klasifikace ADHD a komorbidní poruchy chování

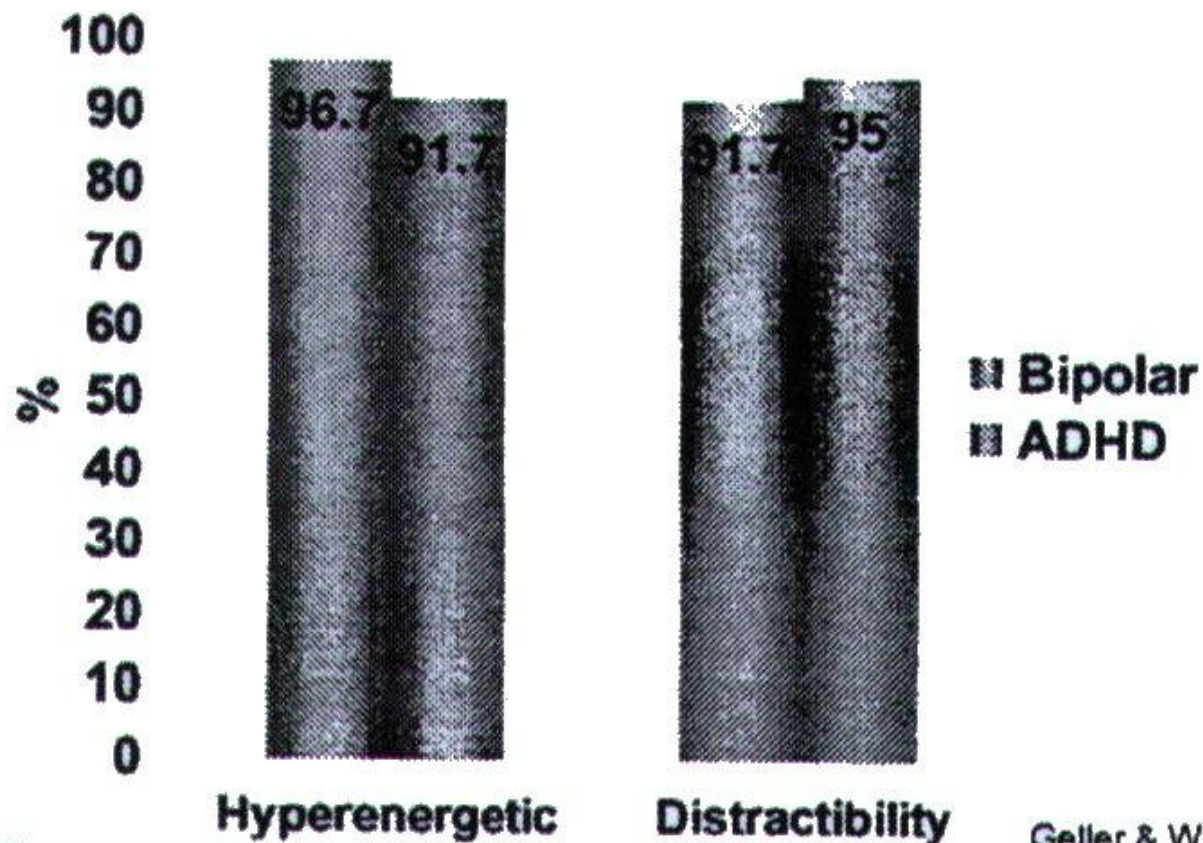
Porucha pozornosti	+	Hyperaktivita / impulsivita	— >	ADHD kombinovaný subtyp
Porucha pozornosti			→	ADHD s převahou poruchy pozornosti
		Hyperaktivita / impulsivita	— >	ADHD s převahou hyperaktivity a impulsivity

Pokračování tabulky srovnání klasifikace ADHD

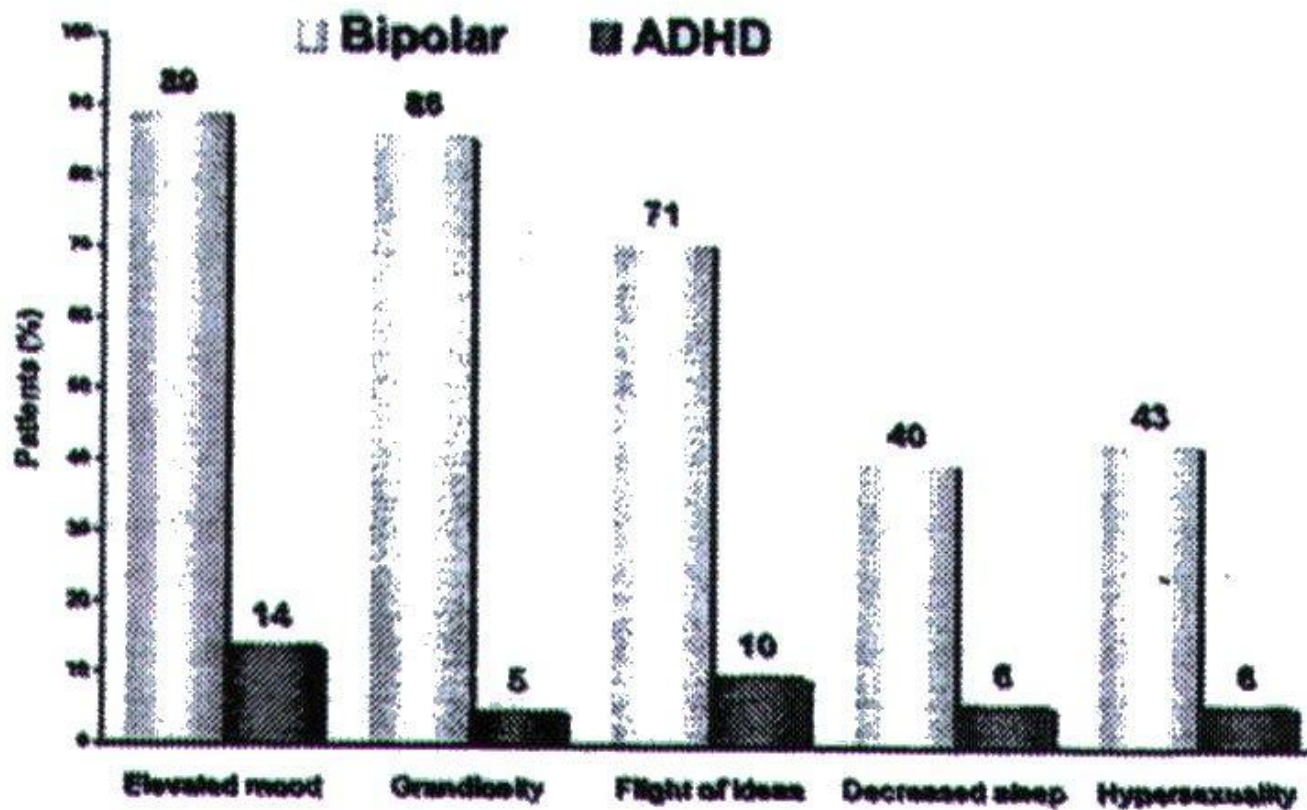
ICD 10 – hyperkinetická porucha

ICD 10 – hyperkinetická porucha						
Porucha pozornosti	+	Hyperaktivita	+	Impulsivita	→	Porucha aktivity a pozornosti
+						
Porucha chování					→	Hyperkinetická porucha chování

Rozlišení mezi bipolární poruchou a ADHD I



Rozlišení mezi bipolární poruchou a ADHD II



Geller & Zimmerman 2002

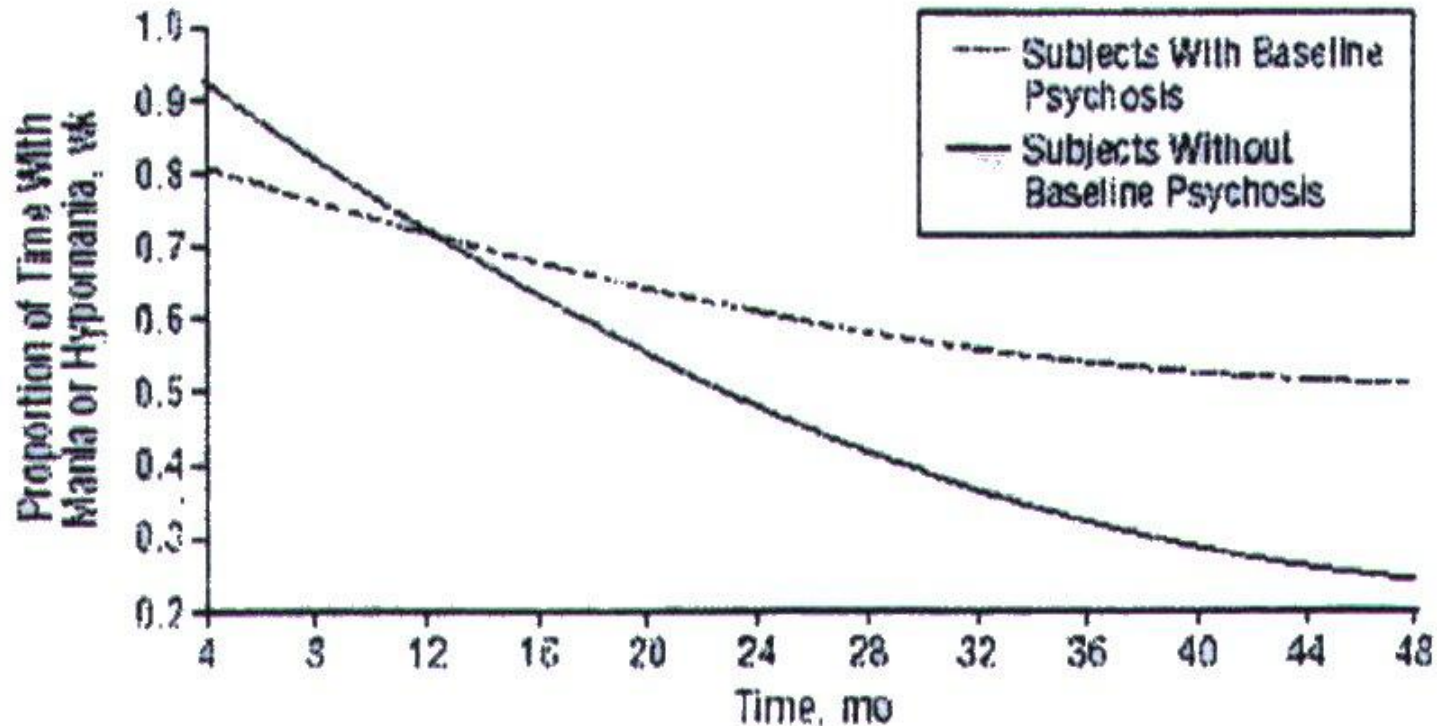
Další komorbidity (Kafantaris 2001, Geller 2000)

- ADHD (40-90%)
- Poruchy chování a opoziční poruchy (30-76%)
- Drogové závislosti (30-40%)
- Anxiozní poruchy (36%)

Pubertální a časně adolescentní soubor diferenciací mezi ADHD a manickými poruchami

- 60 pacientů s **BPDD + ADHD**, průměrný věk $11 \pm 2,7$
- 60 pacientů s **ADHD** bez afektivní poruchy, průměrný věk $9,6 \pm 2,7$
- Metoda CGAS < 60
- WASH – U – KSADS Mania bodů: 16
Matky a adolescenti, matky a děti

Remise u pacientů s maníí a psychozou



Riziko zneužívání drog u adolescentů s bipolární poruchou (Wilens et al., 2004)

- Pacienti 57 bipolárních, 46 kontrolních, průměrný věk 13 let, shodný pro kontrolní soubor i pacienty BPDD.
- Výskyt drogově závislých v souboru BPDD 32%, výskyt v kontrolním souboru 7%
- Srovnání rizik 5,4 : 1

Diferenciální diagnostika manie a pervazivní vývojové poruchy PDD

- **727 referovaných dětí** léčených v pedopsychiatrických ambulancích, z toho
- **52 dětí pro pervazivní vývojovou poruchu**
- **114 dětí s maníí, resp. bipolární poruchou**
- **14 dětí s PDD a maníí, resp. bipolární poruchou**

Poruchy chování:

- **základní příznaky: opozičnictví a agresivita,**
- **odvozené příznaky: výbuchy zlosti, nadměrné rvačky, tyranizování,**
- **krutost k jiným lidem nebo k zvířatům,**
- **ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, záškoláctví, lhaní.**

ICD 10

- **F 910** - *Porucha chování ve vztahu k rodině*
agresivita, krádeže peněz, ničení věcí, zapalování
rodinného majetku. Konfliktní situace v rodině,
konflikty mezi rodiči, rozvody.
- **F 911**- *Nesocializovaná porucha chování,*
izolovanost, agresivita, nepřátelství a vzdor
k dospělým, dítě nebo mladiství páchá přestupky
samostatně, projevy krutosti, šikanuje, krutost ke
zvířatům.

ICD 10

- **F 912** - *Socializovaná porucha chování*, parta disociálního charakteru, negativní vztah k autoritám a ke škole, pozitivní vztah k partě,
- **F 913** - *Porucha opozičního vzdoru*, neposlušnost, hrubost, opozice, odmítání plnit příkazy a běžné povinnosti, zvýšená dráždivost, nepřátelské postoje, provokace opozičnictví.
- **F 92** - *Smíšené poruchy chování a emocí*.

Poruchy chování dle DSM IV

The spectrum of DBDs

DSM-IV recognises the following group of disorders under the category of DBDs

- Conduct disorder
- Oppositional defiant disorder
- DBD, not otherwise specified

DSM IV a ICD 10

Poruchy chování zahrnují antisociální a agresivní chování, které začíná být zřetelné v časném dětství nebo v dětství a přetrvává do adolescence, někdy i do dospělosti.

ICD 10 rozlišuje socializovanou a nesocializovanou poruchu chování. DSM IV rozlišuje mezi *adolescence limited* a *lifecourse persistand*. Rozdíly mezi oběma klasifikačními systémy jsou následující: ICD 10 klade velký důraz na kvalitu socializace, zatímco DSM IV na míru závažnost symptomů přestupků. Rozdíly mezi oppositional a conduct disorders jsou také rozdílné v obou systémech. V DSM IV je diagnóza opoziční poruchy chování vyloučena jestliže je přítomna porucha chování, conduct disorder. To znamená, že opoziční porucha je vnímána jako méně významná porucha. V ICD 10 je opoziční porucha pojímána jako subkategorie poruchy chování (conduct disorder). (Levy 1952). ICD 10 dále definuje širokou kategorii smíšených poruch chování a emocí, a

to depresivní poruchu chování, ostatní smíšené poruchy chování a emocí (anxiozní poruchy chování), nespecifikovanou smíšenou poruchu chování a emocí. Další konvergentní kategorií z ICD 10 je hyperaktivní porucha chování. Transientní porucha chování je reakcí na akutní událost (narození sourozence, úmrtí v rodině, expozice katastrofickou událostí).

DSM IIIR dále vyděluje diagnosu childhood or adolescent antisocial behavior.

Posuzováno podle Child behaviour checklist. Dysthymní osobnosti jsou u dětí s ADHD a CD je časté.

Diferenciální diagnosa, poruchy chování s explosivitou a impulsivitou

- Nejdůležitější příznaky: několik krátkých epizod, kdy subjekt není schopen odolat impulsům s agresivitou a impulsivitou (destruktivitou)
- Tyto epizody nejsou v žádném případě v poměru k vyvolávající psychosociální situaci, nejsou způsobeny ani jinými příčinami (abusus, medikace, trauma, CNS apod.

Explozivní porucha chování x BPDD

Symptomy	PCH-E	BPDD
Nenápadné jednotlivé příznaky velmi krátkého trvání	+	-
Útočnost, napadání osob	+	±
Destruktivní chování	+	±
Euforie střídající iritabilitu	-	+
Nepřiměřené zvýšené sebehodnocení, grandiozita	-	+
Snížená potřeba spánku	-	+
Upovídanost, zvýšená řečnost	-	+
Rychlé střídání nápadů a myšlenek	-	+
Distraktibilita	-	+
Zvýšená aktivita event. agitovanost	-	+
Zvýšený zájem o příjemné aktivity, zábavu, alkohol	-	+

Anxiozní poruchy DIFDG

- Generalizovaná úzkostná porucha
- Obtíže jsou dlouhodobé a sužující a úzkost často zapříčiňuje možnou změnu nálady
- Hypománie a mánie jsou vzácné
- OCD symptomy jsou delší než 1 hod/den, změny nálady jsou výjimečné
- Obsese kompulse

Ostatní příčiny manického syndromu v dětství a adolescenci

- **Neurologické:** sclerosis multiplex – úrazy hlavy s následným organickým psychosyndromem, tumory, epilepsie, Huntingtonova Chorea
- **Interní:** zvýšená funkce štítné žlázy, postoperační stavy, poruchy funkce nadledvinek, deficiencie vitamínu B12, elektrolytové dysbalance
- **Infekce:** AIDS, neurosyphilis, infuensa
- **Léky:** isoniazid, steroidy, disulfiran,

Scringové metody diagnostiky BPDD

- Young Mania Rating Scale (YMRS)
- Vypracována pro měření závažnosti (severity) příznaků pro dospělé pacienty nemá diagnostický význam
- Scringové metody: Mood Disorders Questionnaire
- Short Form Parent General Behaviorale Inventory (SF-PGBI)
- Conners Abbreviated Parent Questionnaire (CAPQ)

Parent General Behavior Inventory

- Dlouhá verze dotazníku: 73 položek
- Excelentní diskriminace (diskriminační validita mezi **ADHD a BPDD** a **BPDD a depresivní poruchou**).
- Krátká verze dotazníku: 10 položek, skóre > 17

Strukturované vyšetření KSADS Mania Rating Scale

- Diagnostický instrument
- David Axelson, Western Psychiatric Institute and Clinic Pittsburgh
- 14 položek
- Požadované periody zvýšené nálady iritability musí být alespoň 4 hodiny a je zahrnována iritabilita a hněv

Léčba bipolární poruchy

- **První linie smíšený obraz** depresivní symptomatika současně s manickou Valproate + atypické neuroleptikum
- **Euforický obraz** – lithium + atypické neuroleptikum
- **Druhá linie u nonresponderů:** valproáte + atypické neuroleptikum + lithium. Event. 2 atypická neuroleptika

Mood Stabilizer Efficacy Evidence

	Acute Mania		Maintenance	
	Adult	Peds	Adult	Peds
Lithium	+++	++	+++	++
Valproate	+++	++	++	+
Carbamaz.	++	+	++	ND

+	Limited Evidence
++	Some Evidence
+++	Strong Evidence
ND	No Data

Atypical Efficacy Evidence

	Acute Mania		Maintenance	
	Adult	Peds	Adult	Peds
Risperidone	+++	+	+	ND
Olanzapine	+++	+	+++	ND
Quetiapine	+++	++	+++	ND
Ziprasidone	+++	+	+	ND
Aripiprazole	+++	+	++	ND

+	Limited Evidence
++	Some Evidence
+++	Strong Evidence
ND	No Data

Dávkování BPDD I

- **Lithium**: počáteční dávka: 25 mg/kg/den 2-3 dávky denně, cílová dávka 30 mg/kg/den, terapeutická hladina 0,8-1,2 mEq/l, monitorování: funkce štítné žlázy, gravidita, antikoncepce
- **Valproate**: Depakine : počáteční dávka: 20 mg/kg/den 2 dávky denně, cílová dávka 20 mg/kg/den, terapeutická hladina 90-120 mg/l, monitorování: amylasy, gravidita
- **Risperidon**: počáteční dávka: 0,25 mg/den 1-2 dávky denně, cílová dávka 1-2 mg/den, monitorování: EPS, galaktorea

Dávkování BPDD II

- **Ziprasidon: Zeldox:** počáteční dávka: 20 mg/den 1-2 dávky denně, cílová dávka 80-120 mg/den, monitorování: EKG před nasazením léku a při zvyšování dávky.
- **Olanzapine: Zyprexa:** počáteční dávka: 2,5 mg/den 2-3 dávky denně, cílová dávka 10-20 mg/den, monitorování: hmotnost, cholesterol.

Dávkování BPDD III

- **Carbamazepin**: počáteční dávka: 7 mg/kg/den
2-3 dávky denně, cílová dávka dosahující
hladiny 8-11 mg/l, monitorování: lékové
interakce, bílý krevní obraz, kontrola sérové
hladiny každých 6 měsíců.

Závěr

Uvedená fakta ukazují řadu specifík bipolární poruchy v dětském a adolescentním věku. Studie posledních let, které jsme zde uvedli ukazují, že v dětském a dorostovém věku nedominují příznaky dlouhodobých depresivních fází, ale příznaky manické nebo hypomanické v kombinaci s dysforií a hyperaktivitou nebo impulzivitou. Časté mohou být i příznaky agresivity, velmi častá je komorbidita s hyperkinetickou poruchou, poruchami chování a poruchou anxiozní. V našich podmínkách není jasné jaký je podíl bipolárních pacientů uvedeného věku mezi drogově závislými nebo experimentujícími mladistvými pacienty. Rychlé a ultrarychlé střídání fází deprese a mánie nebo hypománie není výjimečné nebo menšinově zastoupené, ale je naopak dominující, převládající.

V terapii se nejspíše uplatňují kombinace atypických neuroleptik (Risperidal, Ziprasidon, Olanzapin) a antiepileptik a lithia, zatímco pro akutní léčbu je v dětské psychiatrii prokázán účinek jak atypických neuroleptik, tak i lithia, Valproátu a Carbamazepinu, tak pro udržovací léčbu je prokázán účinek pouze lithia, Valproátu a Carbamazepinu. Podrobnější rozbor uvedené problematiky, léčby bipolární poruchy v dětském a adolescentním věku bude předmětem dalšího sdělení.

Šťastnou cestu v roce 2007

