



Działania niepożądane związane z
leczeniem lekami
przeciwdepresyjnymi – rozpoznanie,
zasady postępowania, leczenie

Lek. Joanna Pryka

trójpierścieniowe leki
p/depresyjne –
amitryptylina,
imipramina,
klomipramina

**ZESPÓŁ
ANTYCHOLINERGICZNY –
BLOKOWANIE
RECEPTORÓW
MUSKARYNOWYCH
(GŁÓWNIEM1)**

objawy
ośrodkowe i
obwodowe

leczenie polega na
odstawieniu leku oraz
podaniu diazepamu

bywa mylony z
zespołem
abstynencyjnym,
psychozą i
zatruciem SPA

Unikać stosowania u chorych ze źle kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym i niewydolnością serca.

**ZABURZENIA
KRAŻENIA: SPADEK
LUB WZROST
CIŚNIENIA
TĘTNICZEGO KRWI
ORAZ
TACHYKARADIA**

spadek RR i wzrost HR najczęściej TLPD:
amitryptylina,
doksepina,
klomipramina

wzrost RR i wzrost HR najczęściej po SNRI: duloksetyna,
wenlafaksyna,
rzadziej reboksetyna

Mierzenie HR i RR wyjściowo i co najmniej raz na trzy miesiące, a u chorych z czynnikami ryzyka – częściej.



Nudności

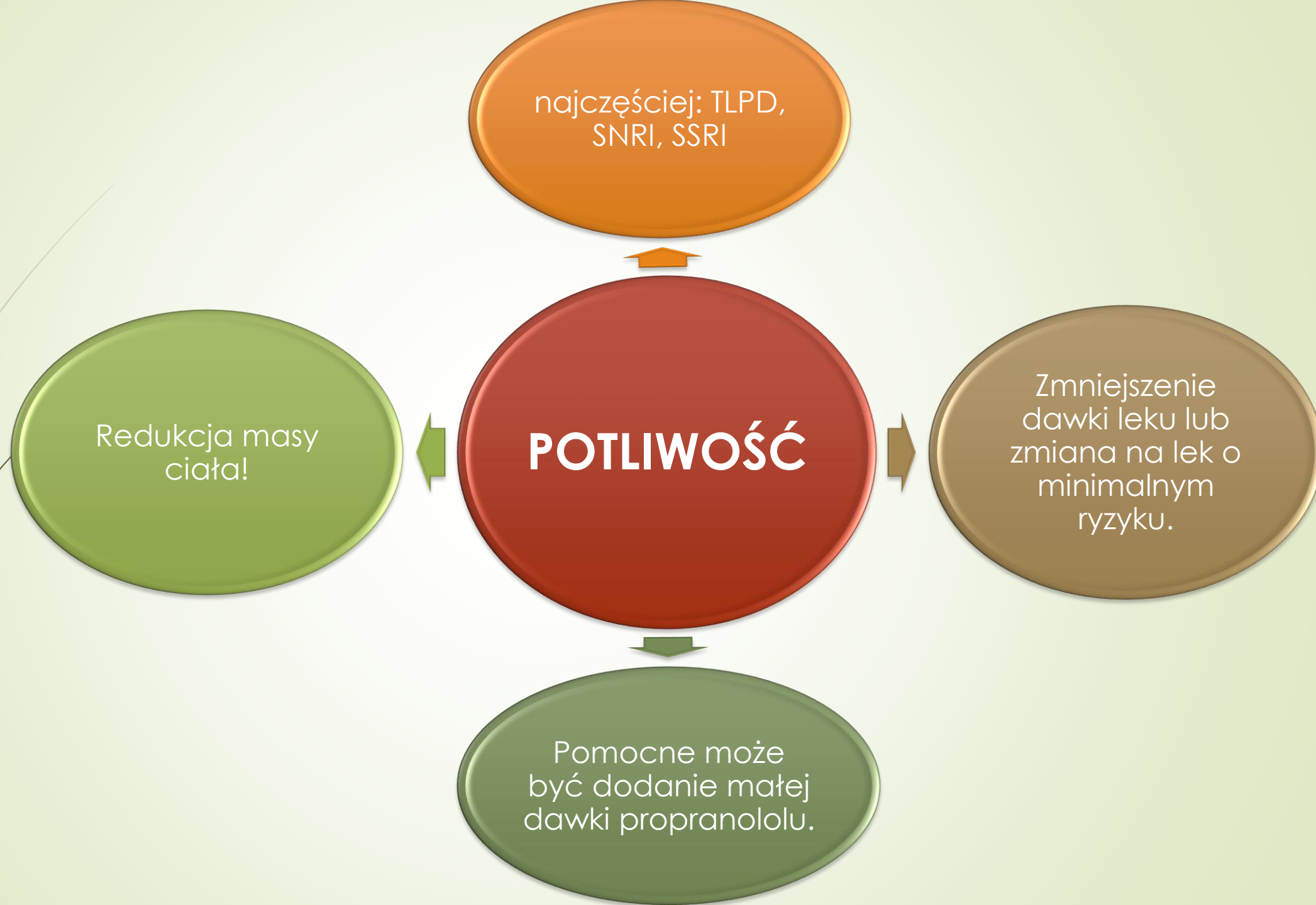
Zaparcia

Biegunki

**ZABURZENIA
ŻOŁĄDKOWO
-JELITOWE**

Redukcja dawki
lub zmiana leku







ból przy oddawaniu moczu:
duloksetyna

bóle głowy opisywane przy prawie wszystkich lekach, WYJĄTEK MIANSERYNA

ból pleców:
agomelatyna,
trazodon,
tianpetyna

ból jąder:
reboksetyna

**DOLEGLIWOŚCI
BÓLOWE**

ból ucha:
duloksetyna

DERMATOLOGICZNE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

największe
ryzyko:
bupropion,
mirtazapina,
sertralina

najczęściej
występują:
wypadanie włosów,
pokrzywka, wysypka,
SJS/TEN,
fotowrażliwość

bezpieczne:
tianeptyna,
wortiksetyna,
mianseryna,
reboksetyna,
moklobemid,
opipramol

Najczęściej
występują drżenia,
najrzadziej – tiki.

Rzadko, ok.
3%
pacjentów

ZABURZENIA RUCHOWE

Czynniki ryzyka:
starszy wiek,
organiczne
uszkodzenie OUN,
ch. Parkinsona,
przyjmowanie: litu,
leków
p/psychotycznych
walproinianów

Redukcja dawki,
zmiana na inny lek
(moklobemid,
opipramol,
reboksetyna,
tianpetyna),
wykluczenie
innych przyczyn.

Akatzja –
escitalopram,
mianseryna,
mirtazapina,
bruksizm –
wenlafaksyna,
wortioksetyna

Objawy: znieczulanie emocjonalne, osłabienie empatii, poczucie niebycia sobą.

Redukcja dawki leku.

**ANHEDONIA
POLEKOWA**

Dołączenie lub zmiana na lek poprawiający hedonię:
agomelatyna,
bupropion,
moklobemid,
trazodon,
wortioksetyna.

Wysokie
ryzyko: SSRI,
klomipramina,
SNRI,
mirtazapina,
moklobemid

Spadek sodu poniżej
135mmol/l, często nawraca,
najczęściej rozwija się w
pierwszych 3-4tyg. leczenia.

Niewielka i/lub
powoli
narastająca
oraz znaczna
i/lub szybko
narastająca.

HIPONATREMIA

Średnie ryzyko:
wertioksetyna,
agomelatyna,
tianpetyna.

Odstawienie leku, zmiana
leku na bezpieczny.

Niskie ryzyko:
amitryptylina,
mianseryna,
doksepina.

Poniżej 125mmol/l – wlew
NaCl 3% - ostrożnie, nie
więcej niż 8-12mmo/l/d z
uwagi na ryzyko ciężkiego
uszkodzenia OUN.

Najniższe ryzyko:
bupropion i
trazodon.

Za jedną z przyczyn krwawień uznaje się zablokowanie wychwytu zwrotnego serotoniny w płytkach krwi i wynikającą z tego dysfunkcję płytek.

Wzrasta ryzyko podbiegnięć krwawych przy codziennej aktywności, krwawień z nosa, dziąseł i dróg rodnych oraz górnego i/lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

POWIKŁANIA KRWOTOCZNE

Dyskusyjne przedłużające się i nasilone krwawienia pooperacyjne.

Wysokie ryzyko:
paroksetyna,
duloksetyna,
klomipramina,
sertralina,
fluoksetyna.

Średnie ryzyko:
citalopram,
pozostałe TLPD,
fluwoksamina,
wenlafaksyna.

Niskie ryzyko:
wortioksetyna,
agomelatyna,
mianseryna,
mirtazpina,
trazodon,
bupropion.

POWIKŁANIA KRWOTOCZNE

Poinformowanie
pacjenta o ryzyku
krwawień i
możliwych
objawach. Zmiana
na lek o mniejszym
ryzyku.
Odstawienie LPD
obarczonego
zwiększonym
ryzykiem przed
planowanym
zabiegiem.

Czynniki ryzyka: łączenie leków o potencjale hepatotoksycznym, starszy wiek, nadużywanie alkoholu, płeć żeńska, długi okres półtrwania leku, niewydolność nerek, otyłość i ciąża.

Największe ryzyko: agomelatyna, amitryptylina, klomipramina, mianseryna.

POLEKOWE USZKODZENIE WĄTROBY

Kontrola badań laboratoryjnych.
Niezwłoczne odstawienie leków.
Włączenie tymonacyku i/lub fosfolipidów

Efekt nadmiernej
aktywacji
receptorów
serotoninowych w
OUN i na
obwodzie.

ZESPÓŁ SEROTONINOWY

Pojawia się i narasta w
krótkim czasie od:

- dołączenia lub zwiększenia
dawki leku
serotonergicznego
- dołączenia lub zwiększenia
dawki leku, który podnosi
stężenie leku
serotonergicznego (leki
hamujące izoenzym CYP450)

Na początku: biegunka,
kurczowe bóle brzucha,
niepokój

Stopniowo pojawiają się:
tachykardia, wzrost RR,
poszerzenie źrenic,
przyspieszenie oddechu,
drżenia

Stopniowo pojawiają się:
wzrost temp. > 38st.,
podniecenie ruchowe,
przyspieszenie mowy

Kolejny etap: mioklonie,
drgawki, sztywność
mięśniowa, hipertermia,
zlewne poty

Etap schyłkowy ciężki:
stan padaczkowy,
kwasica, zapaść
krążeniowa, ostra
niewydolność nerek,
zgon

ZESPÓŁ SEROTONINOWY

Kryteria rozpoznania wg Sternbacha:

- 1) Dodanie lub zwiększenie dawki leku serotonergicznego w niedawnym czasie.
- 2) Wykluczenie innych czynników mogących wywołać objawy podobne.
- 3) Wykluczenie wprowadzenia w ostatnim czasie neuroleptyku lub zwiększenia jego dawki.
- 4) Co najmniej 3 objawy z poniższych:
 - zaburzenia świadomości i orientacji
 - niepokój
 - mioklonie
 - wygórowanie odruchów
 - zlewne poty, dreszcze
 - drżenia mięśniowe
 - biegunka
 - wzrost temp. ciała > 38st.
 - zaburzenia koordynacji ruchowej

ZESPÓŁ SEROTONINOWY



Leczenie:

- odstawienie leków o działaniu serotoninerpicznym
- odstawienie LPP
- kontrola gospodarki wodno-elektrolitowej
- monitorowanie parametrów życiowych, zapewnienie saturacji powyżej 93%
- unikanie fizycznego unieruchamiania pacjentów
- leczenie farmakologiczne:
cyproheptadyna 12-32mg/d lub olanzapina do 10mg/d oraz BDZ
- nie stosować: bromokryptyny, chlorpromazyny, propranololu i leków p/gorączkowych

DZIĘKUJĘ