

<https://helda.helsinki.fi>

Muistisairauspotilaan vaikeiden käytösoireiden lääkehoito

Talasilahti, Tiina

2019

Talasilahti , T , Vataja , R , Ginters , M & Koponen , H 2019 , ' Muistisairauspotilaan vaikeiden käytösoireiden lääkehoito ' , Duodecim , Vuosikerta. 135 , Nro 21 , Sivut 2106-2112 . < <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/21/duo15228> >

<http://hdl.handle.net/10138/322095>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Tiina Talaslahti, Risto Vataja, Milena Ginters ja Hannu Koponen

Muistisairauspotilaan vaikeiden käytösoireiden lääkehoito

Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet kuormittavat potilasta, omaisia ja hoitavia henkilöitä jopa enemmän kuin muisti- ja päättelytoimintojen häiriöt. Lääkkeettömät hoidot ovat käytösoireiden hoidossa ensisijaisia, ja lievät käytösoireet voivat myös rajoittua itsekseen. Muistisairauksien käytösoireiden lääkehoito perustuu muistisairauslääkkeisiin, mutta koska niiden teho ja vaikutus saattavat joissain tapauksissa ilmaantua viikkojen viiveellä, voi muukin lääkitys olla tarpeen. Vaikeimmissa psykoosi- ja masennustiloissa sekä agitaation yhteydessä myös masennus- ja psykoosilääkityksen käyttö voi siten olla perusteltua. Käytettävät masennus- ja psykoosilääkeannokset ovat pieniä, ja lääkevalinnassa tulee ottaa huomioon mahdolliset haittaoireet ja potilaan muu lääkitys. Lääkehoidon siedettävyyttä ja tarvetta tulee seurata säännöllisesti. Lääkehoidon lopetuspäätös perustuu yksilöityyn potilaskohtaiseen arviointiin.

Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet ovat tavallisia, ja niitä esiintyy jossakin vaiheessa 90 %:lla muistisairauksia sairastavista (**TAULUKKO 1**) (1). Erityisesti nopeasti kehittyvät oireet (esimerkiksi äkillinen sekavuus) tai vaikeat käytösoireet, kuten psykoosioireet sekä agitaatio, koetaan usein hankalina ja jopa kognitiivisia oireita merkittävämpinä. Masennus- ja ahdistusoireet vaikuttavat oleellisesti muistisairauspotilaan elämänlaatuun ja heikentävät omatoimista päivittäistä selviytymistä. Käytösoireiden vaikeus saattaa vaihdella, ja esimerkiksi masennus- ja ahdistusoireet voivat lieventyä seurannassa. Toisaalta agitaatio- ja psykoosioireet ovat osalla potilasta pitkäkestoisempia ja voivat vaikeutua muistisairauden etenemisen myötä (2).

Käytösoireiden hoitoa on tarkasteltu kahdessa tuoreessa katsauksessa niin muistisairauslääkehoitojen kuin lääkkeettömienkin hoitojen osalta (3,4). Muistisairauslääkkeiden tehoa käytösoireisiin on kuitenkin pidetty vähäisenä (5). Siksi myös psykykenlääkkeitä voidaan tarvita erityisesti vaikeimpien käytösoireiden hoidossa, mikäli lääkkeettömällä hoidoilla tai muistisairauslääkkeillä ei ole saavutettu riittävä vastetta (**KUVA**) (6).

Muistisairauspotilaalla voi esiintyä samanaikaisesti useita eri käytösoireita, mutta masennus- ja psykoosilääkkeitä käytettäessä pyritään löytämään keskeiset ydinoireet, joihin halutaan vaikuttaa. Lääkevalinnassa otetaan huomioon potilaan somaattiset sairaudet, muu lääkehoito ja mahdolliset yhteisvaikutukset sekä potilaan muistisairauteen liittyvät mahdolliset lääkehoitoherkkyydet, kuten Parkinsonin tautiin ja lewyngappaletautiin liittyvä ekstrapyramidaalioireherkkyys. Käytettävään lääkeannokseen vaikuttavat ikääntymiseen liittyvät lääkeaineenvaihdunnan muutokset, ja pienten

TAULUKKO 1. Keskeisimmät hoitoa edellyttävät muistisairauksien käytösoireet.

Aggressiivisuus: itseen tai ympäristöön kohdistuvaa uhkaavaa tai avoimen vihamielistä sanallista tai fyysistä käyttäytymistä

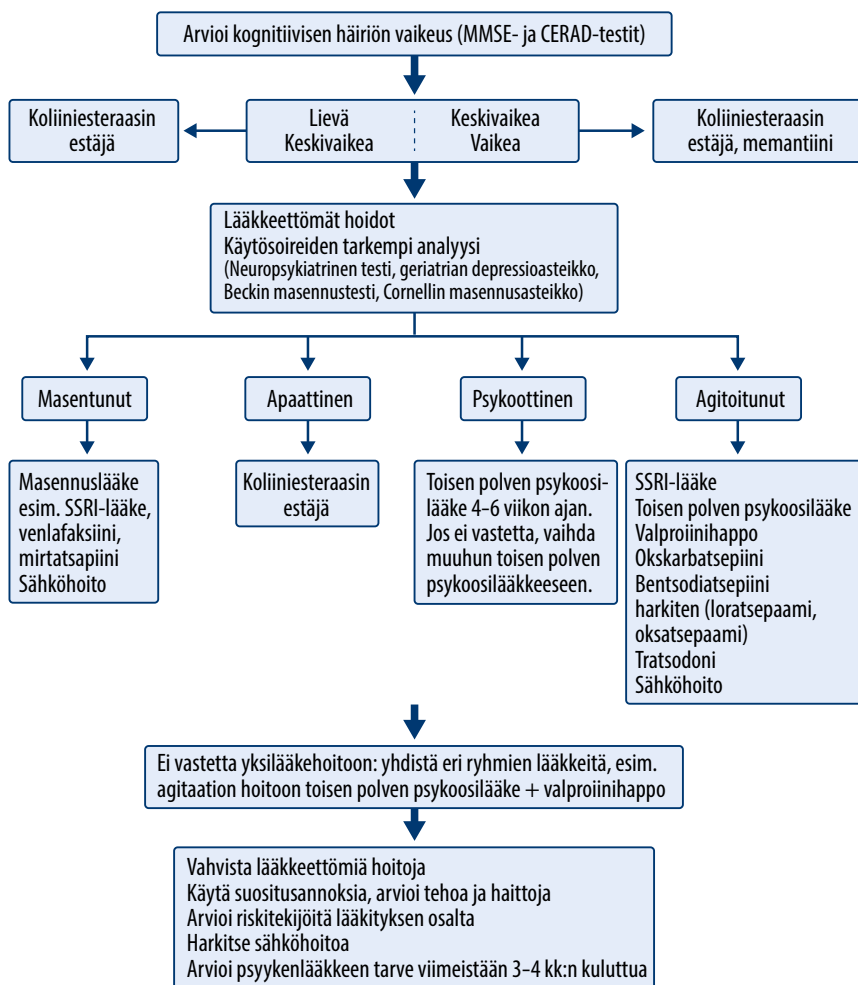
Agitaatio: oirekokonaisuus, johon liittyy ahdistusta ja motorista levottomuutta

Apatia: aloitteellisuuden väheneminen ja tunteiden latistuminen

Masennus: surumielisyytenä tai ärtyneisyytenä ilmenevä mielialamuutos, johon voi liittyä mielihyvökokemuksen menetystä, toivottomuutta tai syyllisysajatuksia

Psykoosi: muistisairauksiin liittyvät aistiharha- tai harhaajatusoireet, jotka voivat ilmetä esimerkiksi näköharhoina





KUVA. Muistisairauksiin liittyvien vaikeiden käyttöoireiden hoitopolku (6). CERAD = The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease, MMSE = Mini-Mental State Examination, SSRI = serotoniinin takaisinoton estäjä

lääkeannosten käytön lisäksi myös pitoisuusmääritykset voivat auttaa lääkehoidon toteuttamisessa.

Keskeisimpien käyttöoireiden eli masennuksen, psykoosin, apatian ja agitaation lääkehoitoon liittyy erityiskysymyksiä tilanteissa, joissa lääkkeettömien hoitojen ja tavanomaisen muistisairauslääkityksen rinnalle joudutaan harkitsemaan muitakin hoitomuotoja. Unihäiriöitäkin voidaan hoitaa.

Muistisairauspotilaan masennus

Masennus on muistisairauspotilaiden joukossa noin kaksi kertaa yleisempää kuin muussa van-

husväestössä. Sen tunnistaminen saattaa olla vaikeaa, koska esimerkiksi apatiaoire voidaan sekoittaa masennukseen ja toisaalta masennukseen liittyvä ärtyneisyys voi jättää muut masennusoireet taka-alalle (7). Tämän vuoksi kliinisen psykiatrisen tutkimuksen yhdistäminen eri lähteistä saatuihin taustatietoihin ja arviointiasteikkojen käyttöön voi helpottaa diagnoosiin pääsyä (8).

Muistisairautta sairastavista potilaista jopa 50 %:lla on masennusjakso tai merkittäviä masennusoireita jossain taudin vaiheessa. Muistisairauksien yhteydessä esiintyvä masennus voi liittyä alkavaan muistisairauteen tunne-elämää säätelevien rakenteiden vaurioitessa, mutta

myös muistisairauden toteamiseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen liittyvä psykologinen kriisi voi aiheuttaa masennuksen. Myös mahdolliset aikaisemmat masennusjaksot lisäävät muistisairauteen liittyvän masennuksen riskiä.

Muistisairauteen liittyvät muutokset hermostoverkoissa voivat heikentää lääkevastetta. Muistisairauspotilaiden masennuksen hoitotutkimuksiin osallistuneiden potilaiden oireisto on ollut usein lievä, mikä yhdessä edellä mainitun heterogeenisuuden kanssa on johtanut tilanteeseen, jossa masennuslääkehoidon tehoa ei ole selvästi voitu osoittaa (9). Osa lieväoireisista masennustiloista väistyy itsekseen, mutta noin 25–30 %:lla potilaista masennus on vaikea. Heidän masennuslääkityksensä tulee kyseeseen, mikäli lääkkeettömät hoidot ja muistisairauslääkitys eivät ole osoittautuneet riittäviksi. Masennuslääkehoito on perusteltua myös silloin, kun potilaalla on masennukseen liittyvä merkittävä toiminnallinen haitta ja mahdollisesti nuorempina sairastettujen masennusjaksojen lääkehoitovaste on ollut hyvä (5).

Masennuslääkitys on nykyisin mahdollista ilman antikolinergisia haittoja, kunhan lääkevalintaan kiinnitetään huomiota. Maha-suolikanavan verenvuotoriski on vähäinen käytettäessä serotoniinijärjestelmään vaikuttavia serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI-lääkkeet), mutta se on otettava huomioon varsinkin, jos potilaalla on muita vuotoriskiä lisääviä lääkityksiä tai sairauksia.

Hyponatremiariski liittyy useimpiin tavallisesti käytettäviin masennuslääkkeisiin ja on suurimmillaan ensimmäisten hoitoviikkojen aikana. Masennuslääkkeen vaihtamista tai lopettamista on harkittava, kun plasman natriumpitoisuus on 120–130 mmol/l tai kun potilaalla on hyponatremiaan viittaavia oireita, kuten hui- mausta, päänsärkyä tai lihasheikkoutta. Hyponatremian toteamiseksi plasman natriumpitoisuuden mittaaminen ennen masennuslääkityksen aloitusta ja 1–3 viikkoa aloituksen jälkeen on perusteltua.

Masennuslääkkeisiin ei liity ylikuolleisuutta (10,11). Tämä on merkittävää, koska vaikeasta vakavasta masennustilasta kärsivien potilaiden masennuslääkehoidon tarvittava kesto on noin 6–12 kuukautta. Tavallisimmin käyttökelpoisia

TAULUKKO 2. Muistisairauspotilaiden käytösoireiden hoidossa tavallisimmin käytettyjä masennus- ja psykoosilääkkeitä sekä niiden annoksia.

	Annos/ vrk	Annosmäärä/ vrk
Serotoniinin takaisinoton estäjät		
Sitalopraami	10–20 mg	1
Sertraliini	50–100 mg	1
Essitalopraami	5–10 mg	1
Kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet		
Mirtatsapiini	7,5–30 mg	1
Venlafaksiini	37,5–150 mg	1
Duloksetiini	30–60 mg	1
Reversiibeli monoamiinioksidaasin (MAO) estäjä		
Moklobemidi	150–450 mg	1–2
Muut masennuslääkkeet		
Vortiooksetiini	5–10 mg	1
Bupropioni	150 mg	1
Ahdistuslääkkeet		
Oksatsepaami	7,5–30 mg	1–3
Loratsepaami	0,5–2 mg	1–2
Epilepsialääkkeet		
Okskarbatsepiini	300–900 mg	2
Valproiinihappo	200–1 000 mg	1–2
Psykoosilääkkeet		
Haloperidoli	0,5–2 mg	1–2
Risperidoni	0,5–2 mg	1–2
Ketiapiini	25–150 mg	1–2
Olantsapiini	2,5–10 mg	1–2

valmisteita ovat eri SSRI-lääkkeet, mirtatsapiini, duloksetiini ja venlafaksiini (TAULUKKO 2). Trisykliset masennuslääkkeet eivät sen sijaan yleensä sovi muistisairauspotilaiden hoitoon, sillä niihin liittyy antikolinergisia ja muita haittaoireita. Masennuslääkitys aloitetaan pienehköllä, enintään tehokkaan annosalueen alarajan suuruisella annoksella. Annosta suurennetaan portaittain sellaiseksi, että se on alle 75-vuotiaiden hoidossa noudatettavan annoksen suuruisen ja sitä iäkkäämpien hoidossa noin puolet siitä.

Masennus saattaa uusiutua masennuslääkityksen lopettamisen jälkeen, minkä vuoksi potilaiden seuranta masennuslääkityksen lopettamisen jälkeenkin on perusteltua. Lääkehoidon lisäksi muistisairauspotilaiden masennusta voidaan hoitaa sähköhoidolla, mikäli potilas ei ole hyötynyt masennuslääkehoidoista.

Muistisairauspotilaan apatia

Apatia on muistisairauspotilaan käytösoireista tavallisimpia ja vaikuttaa heikentävästi potilaan päämäärähakuiseen toimintaan, kognitioon sekä tunne-elämään (1). Osa apatiaoireista, esimerkiksi aloitteellisuuden vähentyminen, voi muistuttaa masennusta, mutta apatiaan ei liity masennuksen ydinoireita, kuten toivottomuutta, syyllisyysajatuksia tai surullisuutta. Apatiaa esiintyy keskimäärin 49 %:lla Alzheimerin tautia sairastavista, joskin sen esiintyvyys (19–88 %) on vaihdellut tutkimuksissa huomattavasti muun muassa apatian toteamiskeinojen mukaan (12).

Apatian lääkehoito on ollut vaativaa. Asetylinikoliiniesteraasia estävien muistisairauslääkkeiden on osoitettu tehoavan apatiaoireisiin jonkin verran. Apatian hoidossa on käytetty myös dopamiinijärjestelmään vaikuttavia lääkaineita, kuten metyyliifenidaattia, mutta niiden asema apatian hoidossa on vakiintumattomampi ja edellyttää kyseisten lääkkeiden käyttöön perehtymistä sekä useimmiten konsultaatiota. Apatiaoireiden erottaminen masennuksesta on tärkeää, koska masennuslääkitysten tehoa apatian hoidossa ei ole osoitettu.

Muistisairauspotilaan psykoosi

Psykoosioireita, erityisesti näköharhoja ja harha-ajatuksia, esiintyy noin 18 %:lla potilaista yleisimmin muistisairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa, ja oireet kestävät usein kuukausia (5). Tuoreiden psykoosioireiden yhteydessä huomioidaan akuuttien somaattisten sairauksien, kivun, muiden lääkkeiden, päihteiden ja aistivajeiden osuus oireiden aiheuttajina, jolloin kyse voi olla myös deliriumista.

Muistisairauspotilaiden psykoosilääkityseen liittyy noin 1,6-kertainen kuolleisuusriski, ja yksittäisistä lääkkeistä suurin riski liittyy haloperidoliin (10). Haloperidolia ei suositella psykoosioireiden ensisijaislääkkeeksi, ellei kyseessä ole kiireellistä hoitovastetta vaativa äkillinen sekavuustila (13). Psykoosilääkkeiden käyttöön liittyy myös noin 1,6-kertainen aivoverenkiertohäiriöriski (5). Siksi psykoosilääkkeitä tulisi käyttää vain vaikeimpien oireistojen

hoidossa ja rajallisen ajan, yleensä enintään 6–12 viikkoa.

Noin kolmen kuukauden hoito voi kuitenkin olla riittämätön kaikkein vaikeaoireisimmille potilaille, joiden lääkityksen lopettaminen 12–16 viikon kuluttua voi johtaa oireiston uusiutumiseen 2–4 kertaa useammin kuin jos psykoosilääkehoitoa jatketaan (14). Tämän vuoksi vaikeaoireisimpien potilaiden psykoosilääkityksen lopetuspäätös tulee tehdä räätälöidysti lääkahoitoon mahdollisesti liittyvät haitat ja toisaalta oireiston uusiutumiseen liittyvät riskit huomioiden. Uusiutumisriskin vuoksi psykoosilääkehoidon lopettamisen jälkeen potilaita tulee seurata riittävän tiiviisti.

Muistisairauspotilaiden psykoosioireiden hoidossa käytetyt lääkeannokset ovat olleet pieniä (TAULUKKO 2) (15). Pienten psykoosilääkeannosten käyttö vähentää erityisesti neurologisia haittaoireita sekä mahdollisesti psykoosilääkehoitoon liittyvää kuolleisuuttakin. Sen sijaan lääkeannoksella ei ole osoitettu olevan yhteyttä aivoverenkiertohäiriöriikkiin, joka voi olla suurin ensimmäisinä viikkoina psykoosilääkityksen aloituksen jälkeen (5). Suuremman kuolleisuuden ja aivoverenkiertohäiriöiden taustalla saattaa olla tukostaipumus, koska psykoosilääkkeiden käytön alkuvaiheeseen on havaittu liittyvän myös noin 1,6-kertainen syvän laskimotukoksen riski (8). Pitkävaikeutettavia lääkeruiskeita voidaan harkita ainoastaan sellaisille muistisairauspotilaille, joilla on aiemmin todettu krooninen psykoosisairaus kuten skitsofrenia (13).

Alun perin skitsofrenian hoitoon kehitettyjen psykoosilääkkeiden käyttöön liittyvien riskien vuoksi erityisesti Alzheimerin ja Parkinsonin tauteihin liittyvien psykoosioireiden hoitoon kehitetty pimavanseriini saattaa osoittaa nykyisiä psykoosilääkkeitä turvallisemmaksi vaihtoehdoksi (17).

Muistisairauspotilaan agitaatio ja aggressiivisuus

Agitaatio on oirekokonaisuus, johon liittyy ahdistusta, sanallista tai fyysistä aggressiivisuutta ja motorista levottomuutta. Psykoosioireiden tavoin agitaatio on tavallisinta muistisairau-

den keskivaikeissa ja vaikeissa muodoissa, ja sitä esiintyy noin 20 %:lla potilaista. Agitaatio voi liittyä kipuun, yksinäisyyteen, uhkantunteeseen tai muistisairauden psykoosioireisiin. Somaattiset syyt ovat tavallisia erityisesti äkillisesti ilmaantuvan agitaation taustalla. Agitaatio-oireet ovat pitkäkestoisia ja voivat jatkua yli puoli vuotta.

Tehokkaimpia agitaation hoitomuotoja ovat sitä aiheuttaviin tekijöihin vaikuttaminen ja sitä vähentävät lääkkeettömät hoitomuodot. Varsinaisten muistisairauslääkkeiden teho äkillisesti kehittyviin agitaatio-oireisiin on sen sijaan rajallinen (5). Agitaation akuuttihoitossa pienistä annoksista toisen polven psykoosilääkkeitä on eniten kokemuksia (TAULUKKO 3). Tavanomaisista psykoosilääkkeistä haloperidolin on osoitettu tehoavan aggressio-oireistoon, ei kuitenkaan muihin agitaatio-oireisiin. Tavanomaiset suuriannoksiset psykoosilääkkeet, kuten klooripromatsiini ja klooriprotikseeni, ovat huonosti siedettyjä antikolinergisuutensa vuoksi eivätkä siten ole ensisijaisia agitaation hoidossa.

SSRI-lääkkeet vähentävät muistisairauspotilaiden agitaatiota, ahdistusta ja levottomuutta. Ne muodostavat vaihtoehdon psykoosilääkkeille erityisesti, mikäli lääkehoidon tarve on pidempi. Joskus SSRI-lääkkeen annoksen pienentäminen tai kolinesteraasin estäjän lopetus voi kuitenkin paradoksaalisesti vähentää levottomuutta. Myös bentsodiatsepiineja, kuten pieniä annoksia oksatsepaamia tai loratsepaamia, on käytetty agitaatio-oireiden hoitoon, joskin niiden pidempikestoisen ja suuriannoksisen käytön välttäminen mahdollisten tasapaino-ongelmien ja neurokognitiivisten haittojen vuoksi on perusteltua. Agitaation hoidossa on käytetty myös valproiinihappoa ja okskarbatsepiinia, mutta näyttö niiden tehosta on heikkoa (18).

Sähköhoito on osoittautunut tehokkaaksi kaikkein vaikeimpien agitaatio- ja aggressio-tilanteiden hoidossa, kun potilaan huono lääkehoitojen sieto vaikeuttaa hoidon toteuttamista. Tuoreen systemoidun katsauksen mukaan lähes 90 % potilaista hyötyy sähköhoidosta, jonka vaste on suurimmalla osalla potilaista ollut nopea (19). Sähköhoito on osoittautunut tässäkin potilasryhmässä hyvin siedetyksi, jo-

TAULUKKO 3. Vaikeimpien psykoosi- ja agitaatio-oireiden hoidossa käytettyjä akuuttivaiheen lääkityksiä.

1. Potilas pystyy ottamaan lääkityksen suun kautta:
 - a) 0,25–1 mg risperidonia, 2,5–5 mg aripipratsolia, 25–50 mg ketiapiinia tai 2,5–5 mg olantsapiinia
 - b) Tämä lääkeannos voidaan toistaa 1–2 tunnin kuluttua
2. Potilas ei pysty ottamaan lääkitystä suun kautta:
 - a) Lihakseen 5,25 mg aripipratsolia, 5 mg olantsapiinia tai 2,5 mg haloperidolia
 - b) Tämä lääkeannos voidaan toistaa kahden tunnin kuluttua

ten sitä voidaan harkita käytettäväksi erityisesti vaikeimpien agitaation ja aggression muotojen hoidossa, kun tarvitaan nopeaa hoitovastetta. Näiden potilaiden sähköhoito onnistuu parhaiten vanhuspsykiatrisissa yksiköissä.

Muistisairauspotilaan unihäiriöt

Unihäiriötä esiintyy noin 20–25 %:lla muistisairauspotilaista, ja erityisesti vilkeunen (REM) muutokset voivat edeltää muistisairausten kehittymistä. Unihäiriöt ilmenevät nukahamisvaikeuksina, unessa pysymisen ongelmina, unen pirstaloitumisena ja päiväsaikaisena väsyneisyytenä. Unihäiriöiden taustalla voi olla neurodegeneraatioon liittyvä melatoniinituotannon häiriytyminen, jonka vuoksi nukahtaminen, unessa pysyminen ja päiväsaikaisen viireystilan säilyttäminen voivat olla häiriytyneitä. Potilailla saattaa esiintyä myös ahdistusta, kipuja tai muita somaattisen terveydentilan ongelmia, jotka ilmenevät univaikeuksina. Uniapnea nopeuttaa kognitiivisten oireiden etenemistä, joten se kannattaa hoitaa mahdollisuuksien mukaan.

Muistisairauksista kärsivien potilaiden univaikeuksien lääkehoidon suuntaviivojen laatiminen on osoittautunut ongelmalliseksi, koska esimerkiksi äskettäisessä Cochrane-katsauksessa eri lääkeryhmien (muistisairauslääkkeet, mäsennuslääkkeet, bentsodiatsepiinit, melatoniini) tehoa univaikeuksiin käsitteleviä tutkimuksia oli hyvin vähän ja koska esimerkiksi tämän potilasryhmän siklopyrrolonihoidon satunnaisesti kliiniset tutkimukset puuttuvat (20).

Tavanomaisia unihäiriöihin käytettyjä lääkkeitä voidaan käyttää, mutta annosten osalta tulee ottaa huomioon näiden potilaiden herkkyys haittaoireille. Käytännön työssä on havaittu, että osan potilaista uniongelmiin ovat auttaneet muun muassa melatoniini (esimerkiksi 3–6 mg) sekä masennuslääkkeinäkin käytetyt tratsodoni (50–100 mg) ja mirtatsapiini (7,5–15 mg), etenkin jos potilaalla on myös masennus-ahdistusoireistoa (21).

Lisätutkimuksia tällä alueella kuitenkin tarvitaan ennen kuin tätä potilasryhmää koskevia suosituksia voidaan antaa. Unilääkkeisiin kohdistuva riippuvuus ei yleensä ole ongelma tässä potilasryhmässä, mutta niiden käyttöön liittyvien kognitiivisten ja motoristen haittojen minimoimiseksi lääkehoito pitäisi toteuttaa lyhytkestoisina, enintään 1–4 viikon jaksoina (22).

Vilkeuden aikainen käytöshäiriö on joskus hämmäntävä ja vaarallinenkin oire, joka ilmenee normaalin lihastoiminnan lamauksen puuttumisena ja unen motorisena levottomuutena. Tilan ensisijainen lääkehoito on 3–12 mg:n melatoniiniannos iltaisin, toissijaisesti voidaan käyttää myös klonatsepaamia 0,25–0,5 mg iltaisin.

Lopuksi

Noin kolmanneksen muistisairauspotilaista käytösoireiden hoito on erityisen vaativaa, sillä heidän oireensa ovat pitkäkestoisia ja oirepiirteiltään vaikeita. Vaikka muistisairauksiin liittyvät vaikeat käytösoireet eivät yleensä olekaan masennus- ja psykoosilääkkeiden virallisia käyttöaiheita, voidaan niitä tarvita lyhyehköinä jaksoina vaikeimpien oireistojen hoitoon. Hoidon suunnittelu saattaa edellyttää myös vanhuspsykiatrasta konsultaatiota psyyken-

Ydinasiat

- ▶ Muistisairauslääkkeet muodostavat muistisairauksien käytösoireiden lääkehoidon perustan. Niiden vaikutuksen ilmaantumisen viikkojen viiveellä saattaa kuitenkin edellyttää muutakin lääkitystä.
- ▶ Käytettävät masennus- ja psykoosilääkeannokset ovat pieniä, ja lääkevalinnassa tulee huomioida mahdolliset haittaoireet ja potilaan muu lääkitys.
- ▶ Lääkehoidon siedettävyyttä ja tarvetta tulee seurata säännöllisesti.
- ▶ Lääkehoidon lopetuspäätös perustuu potilaskohtaiseen arviointiin.

lääkkeiden käyttömahdollisuuksien, hoidon mitoituksen ja vasta-aiheiden kartoittamiseksi. Oireiston vaihtelu voi vaikeuttaa hoitovasteen arviointia, ja arviointiasteikkojen sekä lääkepiitoisuusmäärittysten käyttö saattaa olla perusteltua.

Lääkehoito ei voi korvata lääkkeettömän hoidon eri muotoja tai omaisten antamaa tukea, mutta masennus- tai psykoosilääkehoito voi parantaa muistisairauslääkkeillä saavutettua hoitovastetta. Lääkehoidon tehoa ja tarvetta arvioidaan säännöllisesti, ja päätös lääkehoidon lopettamisesta tehdään yksilöllisesti, koska vaikeimmat käytösoireet ovat usein myös pitkäkestoisimpia. Vaikeimpien käytösoireiden psyykenlääkehoidon toteutumista edistää myös omaisten ja hoitohenkilökunnan tietoisuus siitä, mihin oireisiin on tarkoitus saada apua ja mitkä ovat lääkkeen mahdolliset haittavaikutukset. ■

TIINA TALASLAHTI, LT, ylilääkäri
HUS, psykiatria

RISTO VATAJA, LL (väit.), linjajohtaja
HUS, psykiatria, gero-, neuro- ja riippuvuuspsykiatrian linja

MILENA GINTERS, erikoislääkäri
HUS, psykiatria

HANNU KOPONEN, professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto ja HUS, psykiatria

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Tiina Talaslahti: Luento-/asiantuntijapalkkio (Orion, Lundbeck), muut sidonnaisuudet (tekijänpalkkioita Kustannus Oy Duodecim)

Risto Vataja: Hankkeet (SOTE Uudenmaan maakuntasuunnittelu)

Milena Ginters: Ei sidonnaisuuksia

Hannu Koponen: Luento-/asiantuntijapalkkio (Oy H. Lundbeck Ab, Servier, Mediuutiset, alueelliset lääkäripäivät), hankkeet (Käypä hoito -suositukset: depressio, muistisairaudet, skitsofrenia, itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen hoito, ahdistuneisuushäiriöt), muut sidonnaisuudet (Kustannus Oy Duodecim, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim ja Suomen Lääkärilehti: kirjoittajapalkkioita)

KIRJALLISUUTTA

1. Zhao QF, Tan L, Wang HF, ym. The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016; 190:264–71.
2. Selbaek G, Engedal K, Benth JS, ym. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int Psychogeriatrics* 2014;26:81–91.
3. Rosenvall A, Hallikainen M, Strandberg T. Alzheimerin taudin lääkehoito taudin eri vaiheissa. *Duodecim* 2018;134:2531–7.
4. Hölttä E, Pitkälä K. Muistisairauden neuropsykiatristen oireiden hoito. *Suom Lääkäril* 2019;71:242–7.
5. Livingston G, Sommerland A, Orgeta V, ym. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017;390:2673–34.
6. Tampi RR. Behavioral and psychological symptoms dementia: part II – treatment. *Clin Geriatr* 2011;19:31–40.
7. Borza T, Engedal K, Bergh S, ym. The course on depressive symptoms measured by the Cornell scale for depression in dementia over 74 months in 1158 nursing home residents. *J Affect Disord* 2015;175:209–16.
8. Goodarzi ZS, Mele BS, Roberts DK, ym. Depression case finding in individuals with dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAGS* 2017;65:937–48.
9. Orgeta V, Tabet N, Nolforooshan R, ym. Efficacy of antidepressants for depression in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *J Alzheimer's Dis* 2017; 58:725–33.
10. Maust DT, Kim HM, Seyfried LS, ym. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia. Number needed to harm. *JAMA Psychiatry* 2015;72:438–45.
11. Enache E, Fereshtehnejad SM, Kåreholt I, ym. Antidepressants and mortality risk in a dementia cohort: data from SveDem, the Swedish Dementia Registry. *Acta Psychiatr Scand* 2016;134:430–40.
12. Nobis L, Husain M. Apathy in Alzheimer's disease. *Curr Opin Behav Sci* 2018;208:7–13.
13. Reus V, Fochtmann L, Eyler A, ym. The American Psychiatric Association practice guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. *Am J Psychiatry* 2016; 173:543–6.
14. Devanand DP, Mintzer J, Schultz SK, ym. Relapse risk after discontinuation of risperidone in Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2012;367:1497–507.
15. Tan L, Tan L, Wang HF, ym. Efficacy and safety of atypical antipsychotic drug treatment for dementia: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimers Res Ther* 2015;7:20.
16. Schmeed N, Garbe E. Antipsychotic drug use and risk of venous thromboembolism in elderly patients with dementia. *J Clin Psychopharmacol* 2013;33:753–8.
17. Ballard C, Banister C, Khan Z, ym. Evaluation of the safety, tolerability, and efficacy of pimavanserin versus placebo in patients with Alzheimer's disease psychosis: a phase 2, randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Lancet Neurol* 2018;17:213–22.
18. Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 [päivitetty 27.01.2017]. www.kaypahoito.fi
19. van den Berg JF, Kruijthof HG, Kok RM, ym. Electroconvulsive therapy for agitation and aggression in dementia: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018;26:419–34.
20. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD009178.pub3.
21. Ooms S, Ju YE. Treatment of sleep disorders in dementia. *Curr Treat Options Neurol* 2016;18:40.
22. Markkula J. Unettomuuden hoidon tavoite on virkeä päivä. *Suom Lääkäril* 2019;74: 693–6.

SUMMARY

Treatment of behavioral symptoms in neurocognitive disorders

Behavioral symptoms are frequent in various major neurocognitive disorders and cause a heavy burden for patients and relatives. Non-pharmacological treatments are important and some of the symptoms may be self-limiting. Cholinesterase inhibitors and memantine are first-line medications for behavioral symptoms, but especially in more severe cases their efficacy may be limited. In more severe cases, addition of an antidepressant or antipsychotic medication may be warranted for depression, psychosis and agitation. Apathy is also common in these patients but its treatment still remains an enigma.