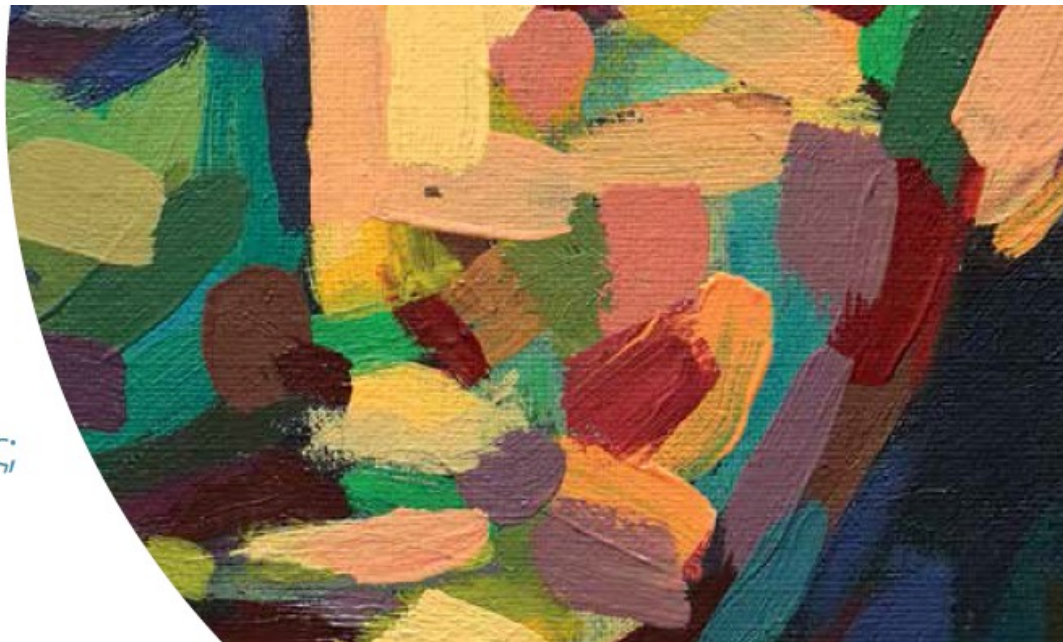


Debate

Η αρχή είναι το
ήμισυ του παντός:
τότε ξεκινάμε τις
αντιψυχωσικές
αγωγές μακράς δράσης;



Συνθέτοντας τα δεδομένα : ο δρόμος για την Ανάρρωση

Δρ Γ.Μ.Παπαγεωργίου

Διευθυντής ΕΣΥ , Ψυχίατρος

Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος, ΚΚΨΥ Παγκρατίου

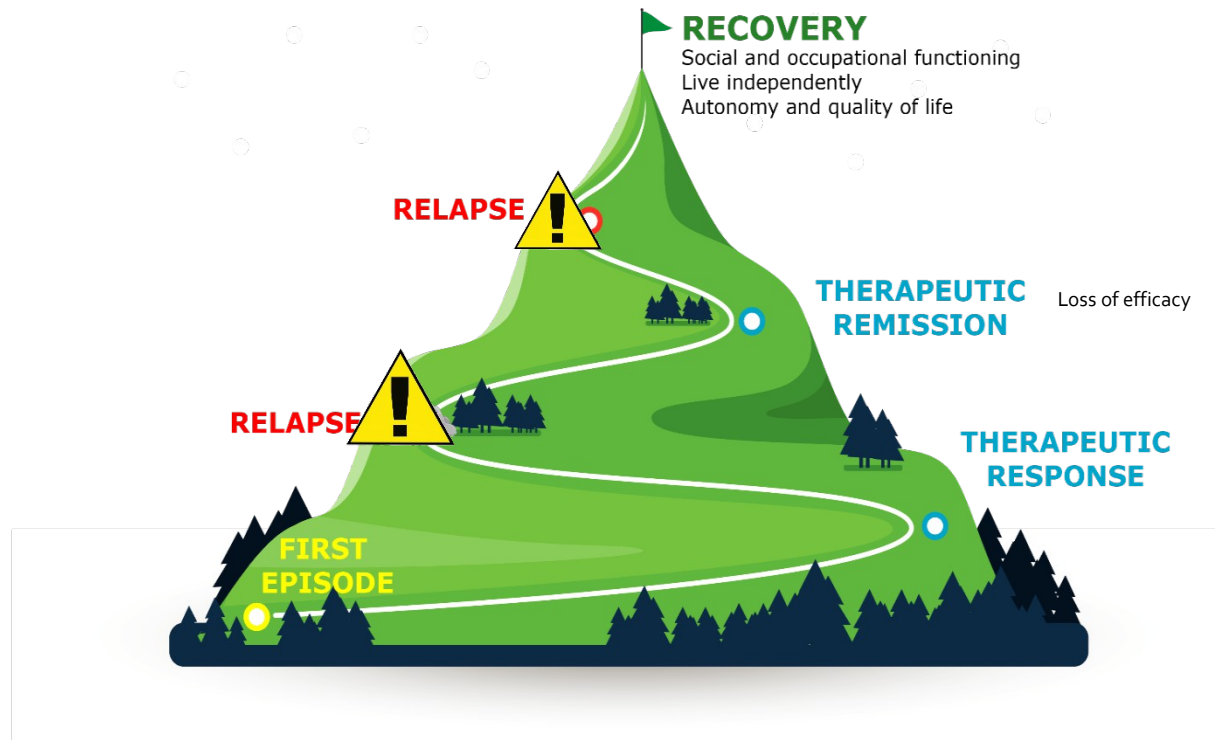
Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός» , Αθήνα

**Ανάρρωση : ο απώτερος στόχος της θεραπείας στην
σχιζοφρένεια**

Stabilisation

Υποτροπές : το σημαντικό εμπόδιο

Ανάρρωση : απαραίτητη η μη ύπαρξη υποτροπών 1



Το μεγαλύτερο εμπόδιο στην επίτευξη της ύφεσης είναι οι υποτροπές.

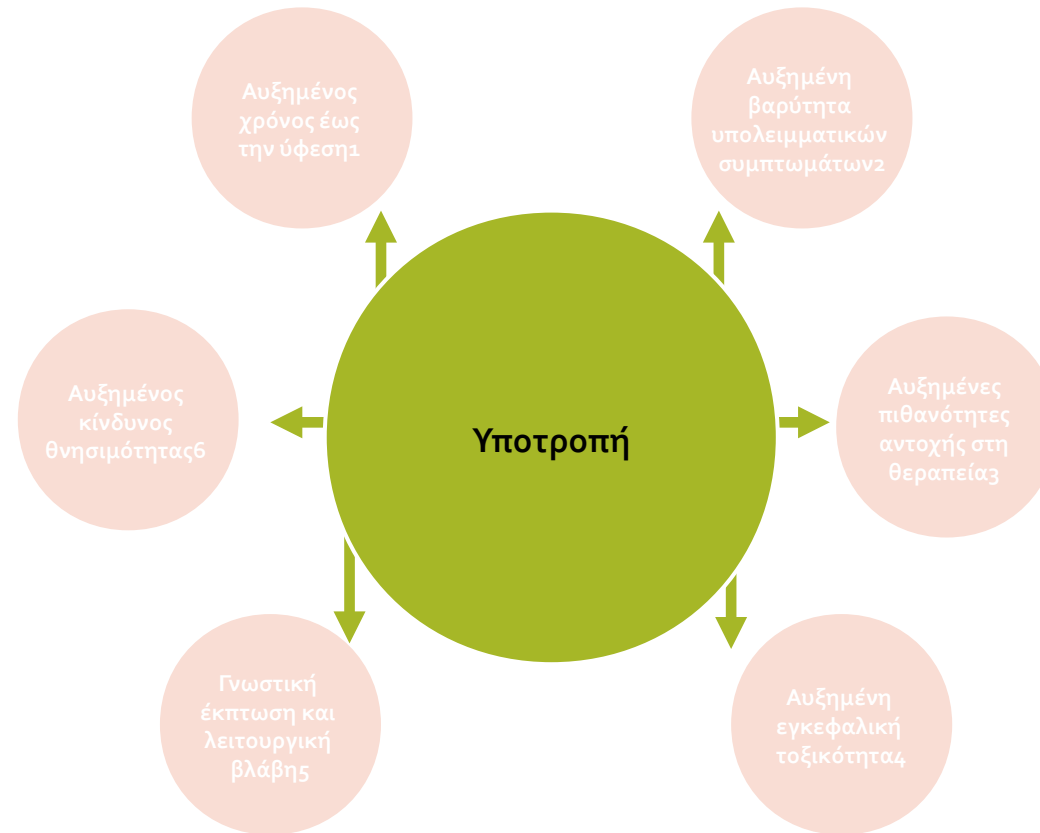
Λόγοι :

- Μη συμμόρφωση στη θεραπεία²
- Έλλειψη αποτελεσματικότητας³
- Ζητήματα ανοχής³
- Εξωτερικοί παράγοντες και στρεσογόνα γεγονότα^{1,2}
- Κατάχρηση ουσιών¹

• Figure adapted from Lieberman 2001.

• Lieberman JA et al. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 807-8. Nemeroff IA 8

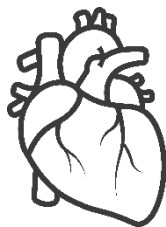
Συνέπειες της υποτροπής



- 1. Lieberman JA et al. *Neuropsychopharmacology* 1996; 14(3 Suppl): 13S–21S; 2. Wiersma D et al. *Schizophr Bull* 1998; 24: 75–85; 3. Emsley R et al. *Schizophr Res* 2012; 128: 20–24; 4. Andreasen NC et al.

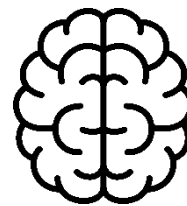
Πρόληψη υποτροπής : Και οι ψυχίατροι έσονται καρδιολόγοι

Όταν οι καρδιολόγοι έχουν έναν ασθενή ο οποίος έχει υποστεί ένα πρώτο έμφραγμα μυοκαρδίου (EM), ο #1 στόχος τους είναι **να αποφευχθεί ένα δεύτερο έμφραγμα**



Το πρώτο EM έχει ήδη καταστρέψει μέρος του μυοκαρδίου. Ένα **δεύτερο EM** είτε θα **εξασθενήσει την καρδιά** σε σημαντικό βαθμό είτε θα **σκοτώσει τον ασθενή**

Αντιστοίχως : Το πρώτο επεισόδιο της σχιζοφρένειας **καταστρέφει τη φαιά και τη λευκή ουσία** και διαταρασσει τη συνδεσιμότητα του εγκεφάλου και τη νευροπλαστικότητα

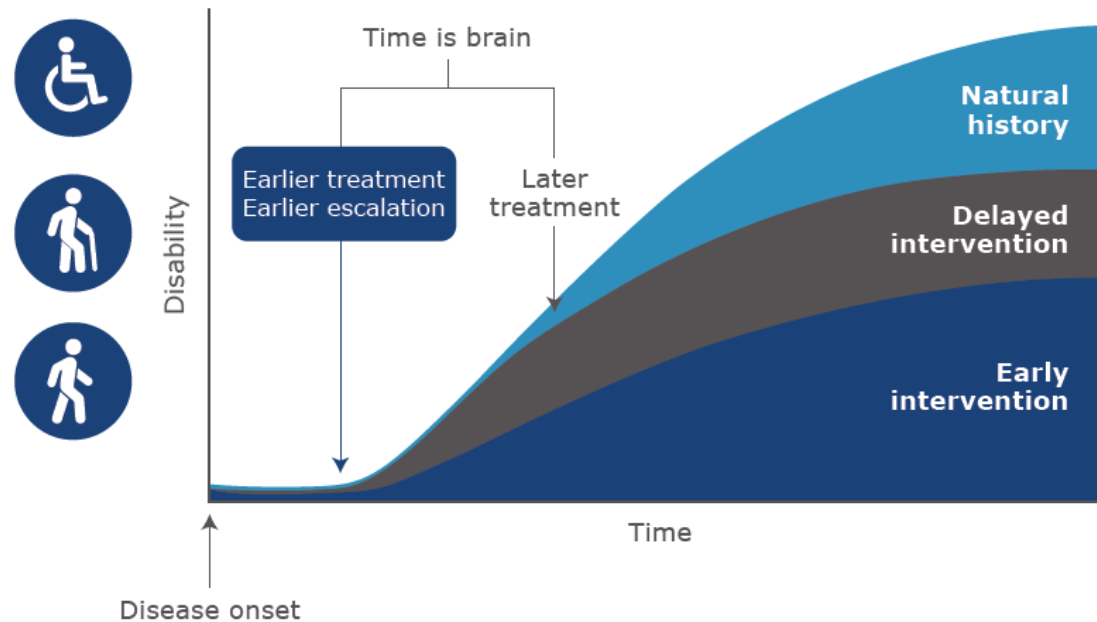


Έτσι, ο #1 στόχος των ψυχιάτρων πρέπει να είναι αντίστοιχος με εκείνον των καρδιολόγων: **να μην επιτρέψουν να παρουσιαστεί άλλο ψυχωσικό επεισόδιο!**

- EM = έμφραγμα μυοκαρδίου.
- Nasrallah HA. *Curr Psychiatry* 2017; 8: 4-7.

Τροποποίηση της εξέλιξης της νόσου:

Η σημασία της πρώιμης παρέμβασης



Σε άλλους θεραπευτικούς τομείς, όπως π.χ. στην πολλαπλή σκλήρυνση, επίσης προκρίνεται η πρώιμη παρέμβαση, με σκοπό να προληφθεί η περαιτέρω έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών

- Εικόνα προσαρμοσμένη από: **Giovannoni et al. 2016.**

- Giovannoni G et al. *Mult Scler Relat Disord* 2016; 9

Υπάρχει πιθανότητα τροποποίησης της πορείας της διαταραχής ;

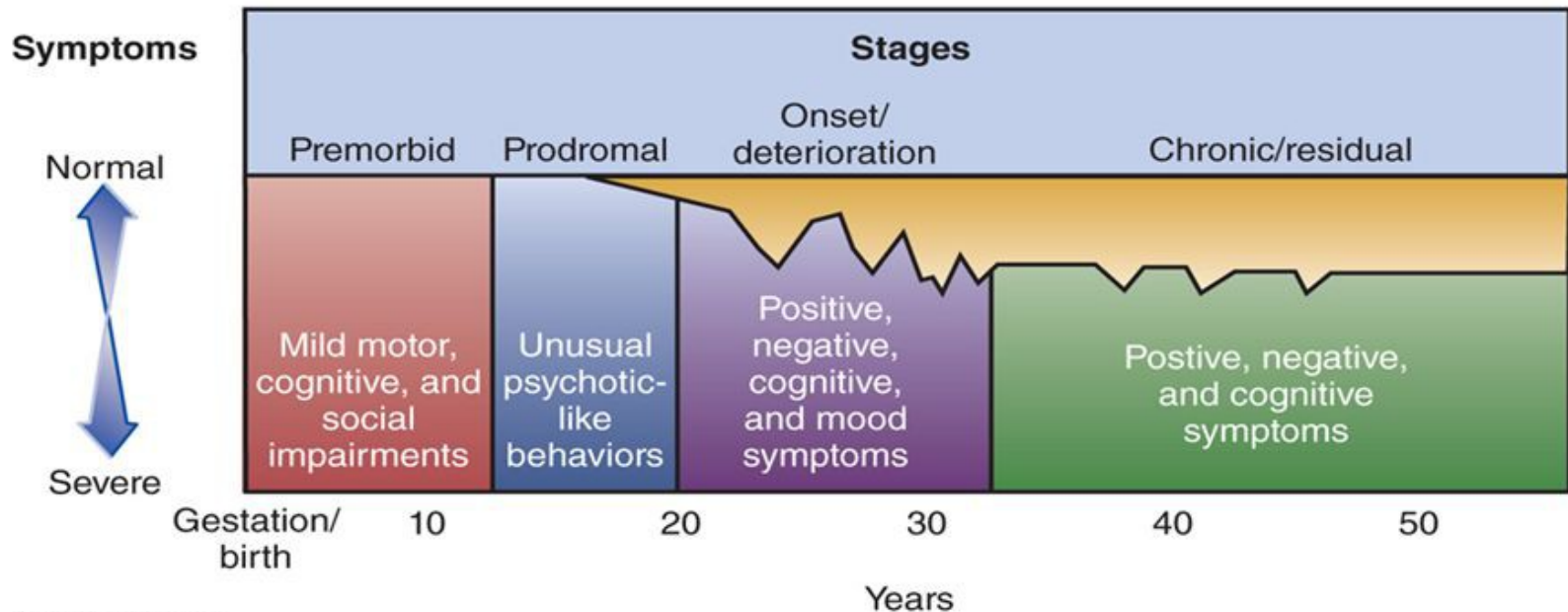


Συνεπώς, η LAT θα πρέπει να εξετάζεται νωρίτερα στην πορεία της νόσου 1-3

Η μετατόπιση προς την πρώιμη χορήγηση LAT ενδέχεται να συμβάλει στην πρόληψη της έκπτωσης που παρατηρείται στη φυσική πορεία της σχιζοφρένειας 1

Η πρώιμη χρήση LAT ενδέχεται να προσφέρει στους ασθενείς σας όφελος 1

Natural history of schizophrenia



(c)2013 Cengage Learning

Review

Clinical benefits and impact of early use of long-acting injectable antipsychotics for schizophrenia

Georgia L. Stevens,¹ Gail Dawson² and Jacqueline Zummo³

Conclusion: Although consistent antipsychotic treatment represents a critical part of treatment, a person-centred approach to treating schizophrenia is essential for all aspects of care, including establishing and maintaining a therapeutic alliance, strengthening shared decision-making and adherence, and achieving long-lasting recovery.



Αντιψυχωτικές αγωγές μακράς δράσης 2ης γενιάς

	Παλμιτική παλιπεριδόνη ¹	Ρισπεριδόνη μακράς δράσης (RLAI) ²	Παμοϊκή ολανζαπίνη ³	Ενέσιμη αριπιπραζόλη παρατεταμένης αποδέσμευσης ⁴
Παρασκευάσμα	Εναιώρημα υδατικής βάσης	Εναιώρημα μικροσφαι-ριδίων υδατικής βάσης	Εναιώρημα υδατικής βάσης	Εναιώρημα υδατικής βάσης
Ένδειξη	Θεραπεία συντήρησης μετά από σταθεροποίηση και χωρίς προηγούμενη σταθεροποίηση εάν υπάρχουν ήπια ή μέτρια συμπτώματα	Θεραπεία συντήρησης μετά από σταθεροποίηση	Θεραπεία συντήρησης μετά από σταθεροποίηση	Θεραπεία συντήρησης μετά από σταθεροποίηση
Έναρξη θεραπείας	Ενέσεις έναρξης την 1η Ημέρα και την 8η Ημέρα, δεν απαιτείται συμπλήρωση από του στόματος	Απαιτείται αλληλοεπικάλυψη 3 εβδομάδων με αντιψυχωσικό από του στόματος κατά την έναρξη και σε κάθε αύξηση δόσης	Διάφορες στρατηγικές για τη δόση εφόδου	Ένεση έναρξης και συνέχιση αγωγής με από στόματος αριπιπραζόλη (10 έως 20 mg) επί 14 ημέρες
Δοσολογία συντήρησης	Μία φορά το μήνα	Κάθε 2 εβδομάδες	Κάθε 2 ή 4 εβδομάδες	Μία φορά το μήνα
Χορήγηση	IM στο δελτοειδή ή στο γλουτιαίο	IM στο δελτοειδή ή στο γλουτιαίο	IM στο γλουτιαίο	IM στο δελτοειδή ή στο γλουτιαίο
Δοσολογικό εύρος	75, 100 και 150 mg eq.	25, 37.5 και 50 mg	210, 300 και 405 mg	300 mg και 400 mg
Τρόπος διάθεσης	Δεν απαιτείται ανασύσταση	Απαιτείται ανασύσταση, όλες οι περιεκτικότητες είναι 2 mL	Απαιτείται ανασύσταση	Απαιτείται ανασύσταση
Φύλαξη	Δεν απαιτείται ψύξη	Απαιτείται ψύξη	Δεν απαιτείται ψύξη	Δεν απαιτείται ψύξη
Παρέχεται ή συνιστάται βελόνα	Βελόνα 1 ίντσας (25 mm) 23G ή 1½ ίντσας (38 mm) 22G (ανάλογα με βάρος ασθενούς και σημείο έγχυσης)	Βελόνα 1 ίντσας (25 mm) 21G UTW ή 2 ίντσών (50 mm) 20G TW (ανάλογα με το σημείο έγχυσης)	38 ή 50 mm, 19G	Διάμετρος βελόνας 21,22 ή 23G (ανάλογα με βάρος ασθενούς και σημείο έγχυσης)
Παρακολούθηση μετά την ένεση	Όχι	Όχι	Ναι (3 ώρες)	Όχι

1. Xeplion SmPC 2018, 2. Risperdal Consta SmPC 2017, 3. Zypadhera SmPC 2017, 4. Abilify Mainterna SmPC 2018

Και τίθεται η ερώτηση :



Εσείς σε ποιους ασθενείς σας χορηγείτε 2ης γενιάς ΑΜΔ;

Χορήγηση σε
σταθεροποιημένους
ασθενείς



Χορήγηση σε μη
σταθεροποιημένους
ασθενείς

