



L'impiego di lurasidone nella pratica clinica ambulatoriale

Marco Cammarano

ASST-Nord Milano

Presentazione e storia clinica

Uomo di 60 anni, terzogenito di quattro germani (due fratelli e due sorelle). La famiglia d'origine si può definire come appartenente alla piccola borghesia dell'hinterland milanese. L'anamnesi psichiatrica familiare segnala problemi di salute psichica, non meglio precisati, da parte del padre. Diplomato presso un Istituto Tecnico Industriale Statale a 19 anni senza avere, sino ad allora, manifestato inequivocabili segni di disagio psichico. Risale al 1986, all'età di 23 anni, l'esordio psicopatologico "franco", con insorgenza di manifestazioni cliniche connotate da sintomi ipocondriaci di entità tale da essere definiti (in cartella clinica ambulatoriale, nella parte dedicata alla raccolta anamnestica) come di natura delirante. Appartengono a quel periodo le prime frammentarie valutazioni in ambito neurologico/psichiatrico, non è chiaro se con prescrizioni psicofarmacologiche, senz'altro senza costante assunzione di farmaci psichiatrici da parte del paziente. Nel luglio del 1988 viene a mancare il fratello maggiore (classe '57) in seguito a diagnosi di osteosarcoma. Tale evento drammatico ha avuto un impatto devastante sulla psiche del paziente che iniziò a sviluppare una sintomatologia più francamente produttiva con allucinazioni uditive a carattere ingiurioso e deliri di persecuzione. Risale a quell'epoca la prima presa in cura in ambito specialistico in contesto privato. Alle prime terapie psicofarmacologiche ("tranquillanti maggiori e minori" stando alla definizione presente nella documentazione in cartella clinica) il paziente rispose sufficientemente bene al punto di riuscire a trovare un lavoro grazie al proprio titolo di studio (perito industriale). Nel 1990, però, a causa del continuo senso di angoscia generato a seguito della morte del fratello, ebbe una riesacerbazione clinica con conseguente primo ricovero in SPDC c/o l'Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo. Alle dimissioni la terapia risultava costituita da aloperidolo 50 mg/mese + alprazolam e brotizolam al bisogno. Negli anni seguenti il quadro clinico, anche in relazione a una non piena compliance rispetto alle prescrizioni psicofarmacologiche, si arricchì di ulteriori elementi suggestivi: la diagnosi di una grave schizofrenia paranoide cronica. In particolare, nel quotidiano il paziente manifestava esperienze quali idee di influenzamento, fuga delle idee e sintomi depressivi oltre alle già sopracitate allucinazioni uditive e ai deliri di persecuzione. In quel periodo si susseguirono numerosi ricoveri in SPDC, usualmente c/o l'Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, riferibili all'anno 1993, 1998, 2002 e 2004, successivamente ai quali iniziò a farsi seguire ambulatorialmente dal servizio pubblico compe-

tente per territorio (Ambulatorio di Psichiatria di Cusano Milano). Risale sempre a quegli anni la perdita del lavoro, la morte del padre, il matrimonio delle sorelle e la sua scelta di rimanere a vivere da solo con la madre. Sino al 2002 la terapia psicofarmacologica antipsicotica si basava sostanzialmente su dosi più o meno elevate di aloperidolo. Nello stesso anno, con il ricovero ospedaliero, venne prescritto (per la prima volta) un antipsicotico atipico, olanzapina (20 mg/die), in associazione a terapia AD (citalopram 10 mg/die) nell'ottica di ottenere un sufficiente effetto sui sintomi produttivi e allo stesso tempo su quelli depressivi. Purtroppo tale tentativo non ebbe una consistente efficacia e nel 2004, con un altro ricovero, venne modificata la terapia con clozapina (200 mg/die). Negli anni a seguire il paziente mantenne una sostanziale persistenza dei gravi sintomi psicotici sopra descritti ma nel complesso un minor livello di angoscia nell'esperirli e una considerevole riduzione delle acuzie psicopatologiche e, quindi, dei ricoveri in contesti ospedalieri psichiatrici. Altri sintomi negativi quali apatia, abulia e tendenza al ritiro sociale si stabilizzarono. Inoltre, i diversi tentativi fatti dal servizio ambulatoriale curante in senso riabilitativo furono fallimentari (tirocini lavorativi non andati a buon fine) e il paziente venne seguito c/o il CD dipartimentale dal 1990 al 2004. Dal 2010 circa, non si segnalano ricoveri in SPDC. Al paziente, nel frattempo, è stata riconosciuta invalidità civile al 100%.

Trattamento ed esiti

Nel novembre 2018 la terapia psicofarmacologica prescritta si era molto stratificata in relazione al costante aggravarsi e cronicizzarsi delle condizioni cliniche psichiatriche complessive connotate da persistenza di frequenti dispersezioni uditive consistenti principalmente in voci commentati e insultanti, furto del pensiero, perplessità, idee di persecuzione, deflessione timica, apatia, abulia e alogia, sostanziale ritiro sociale. Al tempo la prescrizione psicofarmacologica consisteva in: clozapina 225 mg/die, aloperidolo 16 gtt/die, citalopram 20 mg/die, clonazepam 12 gtt/die e biperidene 4 mg/die. Il risultato era caratterizzato da un sufficiente contenimento emotivo dei suddetti sintomi ma, contestualmente, da aumento di peso e da un marcato effetto sedativo con correlato circolo vizioso rispetto ai sintomi negativi e depressivi sopra definiti. Risale a quel periodo l'idea di introdurre, a livello ambulatoriale, lurasidone. Gradualmente integrato alla suddetta terapia nel corso dei mesi seguenti, tale introduzione ha permesso da subito di ridurre il dosaggio sia di clozapina sia di aloperidolo con gran

Correspondence:

Marco Cammarano

marco.cammarano@asst-nordmilano.it

How to cite this article:

Cammarano M. L'impiego di lurasidone nella pratica clinica ambulatoriale. Evidence-based Psychiatric Care 2023;9(1 Suppl 3):2-3; <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2023-SSS1>

beneficio e gradimento del paziente che ha rapidamente percepito un maggior livello di vigilanza, energie e volizione. Nel corso degli anni successivi si è osservato un lento, graduale ma costante incremento della dose di lurasidone a scapito di clozapina. Nel 2019 è venuta a mancare la madre del paziente che si è visto costretto, dopo moltissimi anni, non solo a vivere da solo ma anche a cambiare appartamento (maggio 2021). Tali cambiamenti, per quanto comunque oltremodo traumatici, sono stati affrontati e, di fatto, superati senza che siano subentrate ricadute cliniche significative. Nell'estate 2022 decide, in autonomia, di sospendere del tutto l'assunzione di clozapina, giudicata in definitiva discretamente efficace ma scarsamente tollerata (sedazione e aumento di peso in particolare). Attualmente la terapia psicofarmacologica prescritta è la seguente: lurasidone 148 mg/die, citalopram 40 mg/die, aloperiole 15 gtt x 2/die, clonazepam 10 gtt/die, biperidene 4 mg/die. Il quadro clinico più recentemente rilevato è sempre caratterizzato dai sintomi psicotici ampiamente descritti in precedenza ma il paziente è decisamente più volitivo, sufficientemente in grado di occuparsi di sé stesso e dei propri spazi, nonché di riuscire a mantenere una pur molto limitata socialità anche al di fuori del ristretto nucleo familiare allargato (sorelle e loro famiglie).

Conclusioni

Il caso clinico sopra esposto risulta un ottimo esempio di come, anche nell'ambito di una condizione clinica estremamente grave e invalidante, l'utilizzo di trattamenti psicofarmacologici più moderni, e pertanto maggiormente dotati di una buona tollerabilità a sostanziale parità di efficacia, possa influenzare moltissimo non solo la sintomatologia dei pazienti ma anche il loro funzionamento globale e la qualità della vita intesa in senso ampio. La sintomatologia produttiva presentata ha, correttamente per gli anni in cui si è manifestata, da subito indirizzato i medici che l'hanno intercettata a prescrivere un farmaco come aloperidolo le cui potenziali collateralità sono però ben note (EPS in particolare ma anche coartazione affettiva e sintomatologia negativa, come nel caso del nostro paziente). Il successivo inserimento in terapia di olanzapina non ha portato ai risultati sperati, quindi, il passaggio successivo "obbligato", è stata la prescrizione

di clozapina, farmaco che ha assunto per molti anni con una buona (migliore rispetto alle molecole sopra citate) efficacia di contenimento, soprattutto emotivo, della sintomatologia produttiva cronica ma con collateralità davvero mal tollerata dal paziente in termini in particolare di percezione di sedazione diurna e connesso rallentamento psicomotorio, inibizione sociale sino a sostanziale ritiro e aumento di peso con riverbero sull'autostima e quindi sempre sulle abilità sociali. La prescrizione di lurasidone, che ha molto lentamente e gradualmente sostituito un farmaco dai potenti effetti antipsicotici come clozapina, è risultata invece sin da subito molto ben accolta dal paziente che ne ha percepito ottimi effetti sui sintomi produttivi e soprattutto sostanzialmente nulli effetti sulle capacità psicomotorie, la vigilanza, e il tono dell'umore. In correlazione a questi aspetti, il nostro paziente negli ultimi anni è riuscito non solo ad affrontare il lutto della madre e il cambio di casa, ma anche a riprendere una, pur limitata, socialità nel contesto territoriale in cui vive migliorando nettamente la sua qualità della vita nel complesso.

Bibliografia di riferimento

- Loebel A, Citrome L. Lurasidone: a novel antipsychotic agent for the treatment of schizophrenia and bipolar depression. *BJPsych Bull* 2015;39:237-241. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.048793>
- Meltzer HY, Share DB, Jayathilake K, et al. Lurasidone improves psychopathology and cognition in treatment-resistant schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2020;40:240-249. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001205>
- Olivola M, Arienti V, Bassetti N, et al. Lurasidone augmentation of clozapine in refractory schizophrenia: a case series. *J Clin Psychopharmacol* 2023;43:157-160. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001662>
- Osborne IJ, Mace S, Taylor D. A prospective year-long follow-up of lurasidone use in clinical practice: factors predicting treatment persistence. *Ther Adv Psychopharmacol* 2018; 8:117-125. <https://doi.org/10.1177/2045125317749740>
- Riva MA, Albert U, De Filippis S, et al. Identification of clinical phenotypes in schizophrenia: the role of lurasidone. *Ther Adv Psychopharmacol* 2021;11:1-121. <https://doi.org/10.1177/20451253211012250>
- Siwek M, Chrobak AA, Gorostowicz A, et al. Lurasidone augmentation of clozapine in schizophrenia - retrospective chart review. *Brain Sci* 2023;13:445. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030445>