



Caso clinico

## Efficacia e sicurezza di lurasidone come basi per riformulare il progetto terapeutico di un giovane paziente schizofrenico cardiopatico

Cesare Galimberti

SC Psichiatria 1, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano



© Copyright by Pacini Editore Srl

### Presentazione e storia clinica

Uomo di 35 anni, disoccupato, richiede in autonomia una visita presso il Servizio Psichiatrico Territoriale nel gennaio 2023, al fine di ottenere una certificazione per l'accertamento dell'invalidità civile: "perché ho capito di non essere in grado di lavorare" afferma.

Il giovane non era, però, un volto nuovo: conosciuto dal servizio territoriale per un precedente percorso di cura che fino a qualche anno prima ne aveva comportato la presa in carico multidisciplinare. Da almeno un paio di anni, tuttavia, egli ha progressivamente diradato i contatti con il servizio, chiudendosi in un isolamento pressoché totale, evitando i contatti sociali e familiari, e dando notizia di sé solo per sporadici accessi al pronto soccorso psichiatrico per stati di agitazione e d'angoscia.

Nato e cresciuto a Milano, unicogenito di una famiglia nella quale i genitori, perennemente in conflitto, si separarono quando il paziente era ancora un bambino. Attenzionato sin dai primi anni di vita dalla neuropsichiatria infantile per un carattere chiuso, schivo, emotivamente distaccato e per comportamenti bizzarri tali da indurre, inizialmente, a sospettare un quadro di autismo (mai diagnosticato). Risalgono all'adolescenza i primi tentativi di trattamento farmacologico con fluoxetina e benzodiazepine, risultati entrambi inefficaci. Nel corso del terzo anno delle scuole superiori ci fu l'esordio psicopatologico, durante il quale il giovane presentò deterioramento del funzionamento scolastico, iniziando a mostrarsi soliloquente, confabulante e interpretativo, fino a presentare anomalie del comportamento con agiti aggressivi verso la madre e verso oggetti. All'epoca venne impostata terapia con aloperidolo fino a 4 mg/die procedendo immediatamente a un inserimento comunitario, anche per detendere il clima conflittuale domiciliare. Il giovane trascorse così sette anni in due comunità terapeutiche, al termine dei quali riuscì a raggiungere l'autonomizzazione con l'assegnazione dell'alloggio popolare.

Durante gli anni in comunità furono approfonditi gli elementi clinici più rilevanti per una diagnosi differenziale tra disturbo di personalità cluster A e disturbo psicotico, arrivando infine a effettuare diagnosi di schizofrenia. Trattato nei primi anni con aloperidolo e, successivamente, con aripiprazolo fino a 30 mg/die, il paziente non mostrava benefici soggettivi ma riportava con enfasi gli effetti avversi, soprattutto extrapiramidali. Aripiprazolo veniva assunto dal paziente in maniera discontinua con conseguenti episodi di riacutizzazioni psicotiche per poi essere sospeso in autonomia circa due anni prima della visita in CPS del gennaio 2023, di pari passo con l'interruzione dei contatti con il servizio. Alla visita il giovane si presentava francamente sospettoso, diffidente, a tratti circospetto. A ogni domanda corrispondeva una lunga latenza di risposta, durante la quale egli sembrava attentamente soppesare le parole. Il contenuto del pensiero era difficilmente indagabile. Negava dispercezioni sebbene ci fosse evidenza indiretta di atteggiamenti d'ascolto, si carpisce la tendenza al soliloquio quando lasciato momentaneamente solo e a tratti incedesse in brevi risate dissintonie. Il timismo risultava appiattito senza alcuna descrizione di progettualità, iniziativa o motivazione nel quotidiano. Infine, lamentava stati di tensione interna e di nervosismo, che spesso sfociavano in agiti aggressivi verso oggetti, a suo dire generati dal pensiero prevalente dei torti subiti dalla madre in passato.

Alla prima visita, tuttavia, ciò che appariva più evidente era lo stato di trascuratezza igienica e fisica del ragazzo: obeso, sudato e irrequieto. All'esame obiettivo emergeva una crisi ipertensiva in atto (pressione arteriosa (PA) 230/150 mmHg; frequenza cardiaca (FC) 110r; indice di massa corporea (BMI) 38 e, condotto in pronto soccorso, veniva ricoverato per alcuni giorni nel reparto di cardiologia, dal quale veniva dimesso con la diagnosi di "cardiopatía ipertrofica a eziologia ipertensiva". L'ospedalizzazione in cardiologia era l'occasione per

### Correspondence:

Cesare Galimberti  
cesare.galimberti@asst-fbf-sacco.it

**How to cite this article:** Galimberti C. Efficacia e sicurezza di lurasidone come basi per riformulare il progetto terapeutico di un giovane paziente schizofrenico cardiopatico. Evidence-based Psychiatric Care 2023;9(1 Suppl 3):7-8; <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2023-SSS3>

un'osservazione più approfondita e per fargli visita più volte: emergeva, quindi, più nitidamente una strutturazione delirante di stampo persecutorio e di influenzamento, con la convinzione che la madre "a distanza, energeticamente" lo controllasse e gli trasmettesse influenze negative, con ripercussioni sull'umore. Diveniva più chiaro che i soliloqui rappresentavano il tentativo di rispondere alla voce della madre, allo scopo di allontanarla. Verso i codegenti il paziente si dimostrava diffidente, temendo immotivatamente che questi volessero "fargliela pagare".

### Trattamento ed esiti

Il paziente accettava, con qualche resistenza, di "fare l'ultimo tentativo con questi farmaci". Inizialmente veniva prescritto lurasidone alla dose di 37 mg/die, poi progressivamente incrementata fino alla dose finale di 148 mg/die nell'arco di due settimane circa, in singola somministrazione serale durante la cena.

Già nel primo mese di trattamento il paziente presentava un netto miglioramento del compenso psichico, riferendo sin dalle prime settimane una buona lisi della quota di tensione interna e la percezione che il controllo della madre su di lui avesse subito un arresto. Ciò ha permesso di vederlo progressivamente più rilassato e aperto nella relazione a tal punto di aver accettato l'affiancamento di un case manager infermieristico, per un aiuto nella gestione delle terapie cardiologiche e psichiatriche, nonché interventi sociali al domicilio. Inoltre, il nostro paziente ha accettato l'inserimento in un gruppo riabilitativo a scopo risocializzante. A fronte della pressoché completa risoluzione della sintomatologia positiva, il paziente presenta un parziale miglioramento della componente negativa, sebbene necessiti di ancora stimoli.

Dal punto di vista fisico, il trattamento con lurasidone non ha determinato modifiche ponderali significative (minima perdita di peso ascrivibile a una minore sedentarietà), né alterazioni del profilo lipidico e glicemico di rilievo. Inoltre, non sono state riscontrate alterazioni elettrocardiografiche in particolare del tratto QT, e anche le cure cardiologiche sono riprese regolarmente con un buon compenso pressorio.

### Conclusioni

Nel caso del nostro paziente, vi era la necessità di impostare un trattamento antipsicotico che tenesse conto sia dei precedenti tentativi (falliti sul lungo periodo per scarsa tollerabilità e scarsa consapevolezza di malattia

da parte del paziente) sia delle comorbidità organiche, in particolare l'obesità e la cardiopatia.

La scelta del nuovo farmaco richiedeva preventivamente alcuni requisiti: 1) una comprovata efficacia sulla sintomatologia positiva ma anche un buon effetto sulla sintomatologia negativa della schizofrenia; 2) un'adeguata sicurezza in termini di effetti metabolici ed extrapiramidali e in relazione al rischio di cardiotoxicità.

Lurasidone è stato identificato come il farmaco con le suddette caratteristiche: studi clinici, infatti, hanno dimostrato che lurasidone è tra gli antipsicotici con il minor impatto sul peso <sup>1</sup> ed effetto sul prolungamento del tratto QT <sup>2</sup>. Vi sono inoltre evidenze in *setting* naturalistici che il buon bilanciamento tra efficacia e tollerabilità del farmaco sia associato a una buona persistenza di trattamento nel medio-lungo termine <sup>3</sup>.

Come avviene sovente nella schizofrenia, la malattia mentale aveva condotto il paziente a trascurare la propria salute fisica, a condurre una vita sedentaria e a seguire un'alimentazione incontrollata. Come conseguenza, è noto che nelle popolazioni psichiatriche il rischio di sviluppare sindrome metabolica e malattie cardiovascolari è più elevato rispetto alla popolazione generale <sup>4</sup>.

Ad oggi il nostro paziente è costante nell'assunzione della terapia di cui egli stesso riconosce l'effetto benefico, nonostante una critica di malattia ancora superficiale. Soggettivamente riporta come valori aggiunti della terapia in corso la singola somministrazione giornaliera e l'assenza di effetti avversi extrapiramidali.

La terapia di mantenimento con lurasidone garantisce una condizione di compenso clinico tale da rendere possibili e validi gli interventi psicosociali e più vicina la *recovery*.

### Bibliografia

- 1 Wu H, Sifis S, Hamza T, et al. Antipsychotic-Induced Weight Gain: Dose-Response Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull* 2022;48:643-654. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac001>
- 2 Bordet C, Garcia P, Salvo F, et al. Antipsychotics and risk of QT prolongation: a pharmacovigilance study. *Psychopharmacology (Berl)* 2023;240:199-202. <https://doi.org/10.1007/s00213-022-06293-4>
- 3 Fagiolini A, Olivola M, Lavatelli L, et al. Treatment persistence in patients with schizophrenia treated with lurasidone in Italian clinical practice. *Ann Gen Psychiatry* 2022;21:49. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00425-y>
- 4 Penninx BWJH, Lange SMM. Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. *Dialogues Clin Neurosci* 2018;20:63-73. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/bpenninx>